Rok XLIX. Kraków, dnia 9. kwietnia 1910. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci św. Ludwika w Krakowie.

Maść tuberkulinowa Moro w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

Napisał

Prof. Dr W. Chlumsky.

Próba rozpoznawcza w gruźlicy, niezawodząca i prosta, byłaby dla nas bardzo pożądana, szczególnie w chorobach chirurgicznych kości i stawów. Nieraz jesteśmy w niepewności, zwłaszcza w początkowych okresach, co za chorobę mamy przed sobą, stąd zapewne tak chętnie wszyscy próbujemy nowych środków rozpoznawczych. Nasze doświadczenia są wprawdzie z dawnemi próbami (Pirquet i Wolff-Eisner) nie najlepsze, jednak uznać trzeba próby te za przydatne, jako wspierające i uzupełniające inne nasze sposoby badania i z tego powodu często stosujemy je w wątpliwych przypadkach. Wobec tego, że dawne próby mają wiele braków i wydają się, jak np. próba Wolff-Eisnera niezupełnie bezpieczne, dlatego też chętnie podjęliśmy doświadczenia z nową metodą, podaną przez Moro, która jest zupełnie bezpieczna, oraz bardzo prosta.

Według naszych spostrzeżeń szczepienie tym sposobem przyjmuje się nieco mniej łatwo, niż metoda Pirqueta lub Wolft-Eisnera, jednak jej zupełne bezpieczeństwo wynagradza tę jej ujemną stronę; zresztą przy umiejętnem stosowaniu tej metody i przy ewentualnem powtórzeniu w niepewnych przypadkach skłonność do odczynu wzrasta.

Metoda ta, podana przed dwoma laty, polega na zastosowaniu około 60% starej maści tuberkulinowej (»Alttuberculinsalbe«) (Tuberculini Koch 5 cm^3, Lanolini anhydrici 5 gr.). Maść tę wciera się przez 1—2 minut w bardzo małych dawkach (wielkości ziarnka soczewicy) w skórę w okolicę wyrostka mieczykowatego lub w okolicę stawu łokciowego po stronie zginaczy, a następnie zostawia się to miejsce przez 5—10 minut zupełnie odkryte. Po 12 godzinach lub 5—6 dniach pokazują się u osobników gruźliczych na miejscu wtarcia małe zaczerwienione pęcherzyki, które czasami lekko swędzą, a następnie po kilku dniach zupełnie znikają. Moro opisał trzy okresy tego odczynu, jednak różniące się tylko bardzo mało.

Metodę tę wypróbowało kilku lekarzy na najrozmaitszym materyale i poleciło jako bezpieczną oraz praktyczną. Sam Moro wypróbował ją u przeszło 1000 dzieci, Wetzel w 221, Weil w 65, Mayrhofer w 115, Emmerich w 241, Dettermann w 65, a Bulinger w 84 przypadkach, przyczem poddawano badaniu nietylko pewne przypadki gruźlicy, ale także zdrowych ludzi.

Ogólnie w gruźlicy wczesnej, szczególnie w początkowych okresach choroby przebiegał odczyn prawie zawsze dodatnio, chorzy zaś charłaczy o suchej skórze nie oddziaływali. Także w małej liczbie przypadków u zdrowych próba dawała wyniki dodatnie; prawdopodobnie i w tych przypadkach istniały ukryte ogniska choroby, co przy rozpowszechnieniu gruźlicy nic szczególnego nie oznacza.

Stosowaliśmy sami maść tuberkulinową według Moro u 47 chorych, a nadto 6 panów asystentów poddało się próbie, tak więc razem obejmują nasze spostrzeżenia 53 przypadków.

W tej liczbie 24 osób było z całą pewnością gruźliczych. Chodziło o typowych suchotników, przeważnie z przetokami i ropniami zimnymi, którzy przedstawiali klasyczny obraz gruźlicy chirurgicznej. Gruźlicę stwierdzono u nich zwykłemi metodami, o których — sądzę — zbyteczna szczegółowo się rozwodzić.

Wśród tych przypadków było 7 przypadków próchnienia kręgów, z których 3 z przetokami i ropniami zimnymi, które trwały przynajmniej kilka miesięcy. Dwom przypadkom towarzyszyło zupełne porażenie poprzeczne. Z wyjątkiem dwu przypadków we wszystkich odżywienie było złe i po większej części ogólne zewnętrzne wyglądanie liche. Z tych przypadków tylko trzech chorych oddziaływało na próbę dodatnio, a jeden z tych trzech dopiero po powtórnem użyciu maści.

Znacznie lepiej przebiegał odczyn w 8 przypadkach gruźlicy stawu kolanowego. Tutaj próba wypadła sześć razy dodatnio.

Z 4 przypadków gruźlicy stawu biodrowego, połączonych z charłactwem, oddziaływały tylko dwa dodatnio.

Z trzech przypadków mnogich ognisk gruźliczych — próba Moro dała w 2 przypadkach wynik dodatni, jeden przypadek gruźlicy nogi nie oddziaływał, natomiast w jednym przypadku gruźlicy dolnej części kości piszczelowej z martwakiem wynik był dodatni.

Razem więc wśród 24 przypadków gruźlicy chirurgicznej, która nie ulegała wątpliwości, było 14 wyników dodatnich, 10 zaś ujemnych.

Z sześciu zdrowych dorosłych osób (asystentów) oddziaływało dwóch dodatnio. U jednego z tych dwóch ba-

danych dała także próba Pirqueta wynik dodatni, aczkolwiek nie zdołaliśmy znaleść u badanego ani śladu gruźlicy. Wygląda on doskonale, a pochodzi ze zdrowej rodziny.

Z innych chorych poddaliśmy badaniu 8 przypadków zapalenia szpiku kostnego (3 kości piszczelowej, 2 kości udowej, 2 kości przedramienia i 1 kości biodrowej). Dwóch z tych chorych oddziaływało również dodatnio, ale były to osobniki zołzowate. We wszystkich tych przypadkach stwierdziliśmy na drodze operacyjnej martwaki. Ciekawe były dwa przypadki, które z początku uważaliśmy za gruźlicze ze względu na siedzibę przetok w okolicy nasad kości; gdy jednak chorzy ci nie oddziaływali na próbę Moro, rozszerzyliśmy owe przetoki i znaleźliśmy wielkie martwaki kości na tle zapalenia szpiku, które następnie zostały wyjęte.

Odczyn u 5 chorych na zapalenie opłucnej ropne i surowiczo-ropne, którzy wszyscy byli operowani, wypadł ujemnie.

Natomiast jeden przypadek urazowego złamania uda i jeden ropowicy stopy oddziaływały dodatnio, mimo iż nie mogliśmy znaleść żadnych śladow gruźlicy, ani zołzów.

Następnie trzy przypadki z ranami pochodzącemi ze skaleczenia, jeden z zapaleniem mięśni, wynicowaniem pęcherza i przetoką żuchwy, nie oddziaływały na próbę Moro.

Dwa przypadki skrzywienia kręgosłupa, w których były zołzy, oddziaływały dodatnio.

Razem więc wśród 23 przypadków, leczonych z powodu innych chorób, nie gruźlicy, oddziaływało sześć dodatnio.

Jeżeli odejmiemy cztery przypadki zołzów (2 przypadki skrzywienia kręgosłupa i 2 zapalenia szpiku), to mieliśmy razem z 23 przypadków tylko dwa, które oddziaływały dodatnio, a w których nie znaleźliśmy żadnych oznak gruźlicy.

Wszystkie badane przypadki, z wyjątkiem sześciu (asystentów), dotyczyły dzieci w wieku od 1–12 lat, pochodzących z najuboższych warstw ludności.

Maść wcierano w okolicę stawu łokciowego lub w piersi tuż obok brodawki sutkowej albo nad wyrostkiem sutkowym. Z początku wcieraliśmy maść tylko przez $^1/_2$ minuty, a miejsce wtarcia zostawialiśmy odkryte około 10 minut. Skoro jednak spostrzegliśmy, iż u wielu suchotników próba wypadła ujemnie, wtedy przedłużaliśmy wcieranie do 1—2 minut, a nadto we wszystkich ujemnych przypadkach próbę powtarzaliśmy. Otóż pokazało się, że w niektórych ujemnych zrazu przypadkach próba powtórna dawała zupełnie dodatnie wyniki.

Po największej części na miejscu wtarcia maści pokazywały się czerwone guzki wielkości ziarnka prosa. W okolicy zaś miejsca wtarcia nie spostrzegaliśmy żadnych zmian, ani żadnych guzków. (Moro widywał w swych przypadkach także i w miejscach nie poddanych próbie rozsiane guzki). Liczba guzków wynosiła od 1 blizko do 100. W przypadkach, w których liczba guzków była znaczniejsza, było całe podłoże zaczerwienione. Guzki niezawsze pokazywały się zaraz w 1—2 dni od chwili wtarcia, ale w niektórych przypadkach dopiero po 4—5 dniach, trwały kilka dni, następnie znikały. Czerwonawe punkciki można widzieć przy silniejszym odczynie jeszcze po dziesięciu dniach.

Chorzy nie doznawali żadnej przykrości z powodu próby Moro, prócz bardzo nieznacznego swędzenia.

Szczególnie dobrze wypadł odczyn u dzieci lepiej odżywionych i o dostatecznej podściółce tłuszczowej. U dzieci wynędzniałych pomimo typowej gruźlicy przebiegał odczyn przeważnie ujemnie.

We wszystkich prawie badanych przypadkach wcierano dla kontroli i sprawdzenia odczynu Moro w sąsiednie miejsca lanolinę, a te wszystkie wtarcia kontrolne nie wywołały żadnego odczynu.

Z tego wszystkiego, cośmy przy stosowaniu próby Moro spostrzegli, możemy stwierdzić, iż jest ona dosyć czuła, ale niezupełnie niezawodna i że może ona być pomocna w początkowych okresach spraw gruźliczych, jako potwierdzająca rozpoznanie. Polecenia godną jest ona dla praktyków, ponieważ jest bardzo prosta, nie wymaga żadnych przygotowań i daje się zastosować bez bolu.

Maść tuberkulinową nabywa się obecnie w aptekach już gotową w tubach. Około 10 grm. wystarcza zupełnie na 100 prób Do naszych badań sprowadziliśmy maść z apteki »Hirschapotheke« z Frankfurtu nad Menem.

Piśmiennictwo. 1) Bulinger: Über die Moro'sche Salbenreaktion. Münch. med. Woch. 1909. s. 1325. — 2) Determan: Die Moro'sche Salbenreaktion. Tamże 1909. s. 2606. — 3) E. Emmerich: Über die klinische Bedeutung der kutanen u. perkutanen Tuberkulinreaktion. Tamże 1908. Nr 20 — 4) Germonig: Policlinico 1909. 4. Ref. Münch. med. Woch. 1909 Nr 28. — 5) Heinemann: Vergleichende Untersuch. mit der Konjunctivreaktion nach Wolff-Eisner und der Salbenreaktion nach Moro. Münch. med. Woch. 1907. Nr 11. — 6) K. Mayrhofer: Die Anwendung der Moro'schen perkutanen Tuberkulinreaktion in Kindesalter. Dissert. München 1908. — 7) Moro: Über eine diagnostisch verwertbare Reaktion der Haut auf Einreibung von Tuberkulinsalbe. Münch. med. Woch. 1908. Nr 5. — 8) Moro: Klinische Ergebnisse der perkutanen Tuberkulinreaktion. Beitr. zur Klinik der Tuberk. 1909. T. XII. Z. 2. — 9) Fr. Weil: Über die Moro'sche Salbenprobe. Münch. med. Woch. 1909. s. 2474. — 10) Fr. Wetzell: Beitr. z. perkutanen Tuberkulinreaktion nach Moro. Beitr. zur Klinik der Tuberk. T. XI. Zesz. 3.

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Ciąg dalszy).

9. Przewlekłe zapalenie miąższowe nerek Nieżyt przewlekły jelit cienkich i grubych Przewlekłe zapalenie otrzewnej (?).

P. A. lat 21, przyjęty do kliniki szpitalnej 26. II. 1906 roku. Mniej więcej przed miesiącem zjawiły się obrzęki na twarzy, nogach i ogólne osłabienie. Już od 2, 3 lat uskarża się na bole w brzuchu i od czasu do czasu rozwolnienie (stolec kilka razy dziennie bez bolu). Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna, na kończynach dolnych obrzęki (wgłębienia blisko 1 ctm. głębokie po ucisku palcem). Płuca bez zmian. Granice stłumienia serca: prawa nieco nie dochodzi do linii środkowej, górna na 4-tem żebrze, lewa na linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe. Tętno 70 w minucie, miernie pełne, miękkie. Brzuch miernie wzdęty, mię-

śnie proste w górnej części rozchodzą się. Nad prawą połową brzucha odgłos przy opukiwaniu nieco przytłumiony, w głębi wyczuwa się jakieś przy wymacywaniu bolesne ciało z niewyraźnymi brzegami, górna część tego ciała jakby chowa się pod wątrobę. Wątroba wystaje na 1 palec z pod łuku żebrowego, miękka. Śledziona niemacalna. Moczu na dobę 1.100 ctm. sz., c. g. 1.016, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., białka 5‰, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), drobno i gruboziarniste (nie w każdem polu widzenia), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—6 w polu widzenia, miejscami kupkami, czerwonych nie znaleziono. Wypróżnienia płynne, zawierają włókna mięsne w II. III. okresie trawienia, tkankę roślinną i dość dużo śluzu. Ciepłota ciała prawidłowa.

Zalecono wanny 30° R. po 15 minut. Dyeta mleczna, azotan bizmutowy (0,6) z tanalbiną (0,6). Od 20. II. do 1. III. obrzęki trochę mniejsze. Stolec stał się prawidłowym. Od 2. III. do 7. III. obrzęki nie zmniejszają się. 8. III. podano napar gorzykwiatu (5,0: 150,0) z kofeiną (0,3). Od 9. III. do 11. III. obrzęki trochę mniejsze. 12. III. granice stłumienia serca: prawa trochę przekracza lewą linię mostkową, górna na 4-tem żebrze, lewa na 1½ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Niewielkie obrzęki tylko na goleniach. Wątroba niemacalna, moczu na dobę 1.050 ctm. sz.. c. g. 1.016, białka 7‰, w osadzie wałeczki szkliste (5—6 w preparacie i drobnoziarniste (1—2 w preparacie). Nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. 13. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7‰, osad bez zmiany. 15. III. moczu 1.300 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 8‰, wałeczków w osadzie nieco więcej. 16. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 9‰, osad bez zmiany. 17. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 9‰, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 w polu widzenia), nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi 2—6 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 4% rozczynu żelatyny. Po 5 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°, dreszcze i ból głowy. 18. III. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 11‰, osad bez zmiany. W okolicy wstrzyknięcia silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 20. III. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1,019, białka 12‰, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 w polu widzenia), czasami spotyka się gruboziarniste, nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi 1—5 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

W danym przypadku daje się zauważyć, jakby pewne zmniejszenie się dobowej ilości moczu i zwiększenie się odsetkowej zawartości białka po wstrzyknięciu żelatyny. Należy jednak zaznaczyć, że owo wzrastanie odsetkowej zawartości białka można już było zauważyć na parę dni przed wstrzyknięciem, kiedy zauważono także zwiększenie się ilości nieprawidłowych składników morfotycznych w osadzie; dlatego owego pogorszenia się stanu nerek nie można łączyć ze wstrzyknięciem żelatyny tem bardziej, że znaczniejszej różnicy w osadzie moczu po wstrzyknięciu, jak i bezpośrednio przed wstrzyknięciem oczywiście nie było. Na ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie wywarło.

10. Kamicze zapalenie miedniczki nerkowej (?).

Ch. B. lat 54, przyjęta do kliniki szpitalnej 17. XI. 1908 r. Od 7 miesięcy blizko uskarża się na ból w prawym boku i krwawe zabarwienie moczu, w którym zaczęły zjawiać się skrzepy krwi. Przy leżeniu w łóżku krwi w moczu mniej. Przy leżeniu na lewym boku ma chora wrażenie, jakby czegoś obcego w boku prawym, w którym bole są stałe. Miesiączkować przestała przed 15 laty.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa obfita; niewielki obrzęk goleni. Szczyt prawy ustawiony nieco niżej, niżeli lewy, odgłos przy opukiwaniu nad nim wyższy, aniżeli nad lewym. Oddech pęcherzykowy z niewielkiem wydłużeniem wydechu w prawym dołku podobojczykowym. Granice stłumienia serca: prawa na linii środkowej, górna na 4-tem żebrze, lewa na 1 palec na zewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe, wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, miernie zbita, gładka. Śledziona niemacalna. Moczu na dobę 2000 ctm. sz., c. g. 1.008, odczyn słabo kwaśny, barwa pomyj mięsnych, na dnie naczynia kilka niewielkich skrzepów krwi. Białka 1,6‰, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 nie w każdym preparacie), dużo ciałek białych krwi i nabłonka dróg moczowych, całe pole widzenia usiane czerwonemi ciałkami krwi, niektóre z nich wyługowane. Przy wziernikowaniu pęcherza: błona śluzowa pęcherza miejscami przekrwiona, zwłaszcza w okolicy ujścia moczowodów; w czasie badania z prawego moczowodu wydzielił się skrzep krwi. Podano napar sporyszu (5,0: 150,0) z wyciągiem płynnym gorzknika (hydrastis canadensis) (10,0) 3 łyżki dziennie. Od 17. XI. do 24. XI. bez zmiany. 25. XI. moczu 1350 ctm. sz., c. g. 1.012, barwa pomyj mięsnych, białka 1,5‰, w osadzie bez zmiany. 26. XI. moczu 2150 ctm. sz., c. g. 1.008, barwa ciemno-czerwona (krwi w postaci skrzepów więcej), białka 1,65‰; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 nie w każdym preparacie), mnóstwo ciałek czerwonych krwi, dość dużo ciałek białych i nabłonka dróg moczowych. Wstrzyknięto 100 ctm. sz. 4% rozczynu żelatyny. Po pięciu godzinach wstrząsający dreszcz, podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°6, silny ból głowy; wieczorem i w nocy stan podmiotowy bardzo zły, tętno nitkowate, (wewnątrz krople kozłkowe, pod skórę kofeina). 27. XI. moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.010, zabarwienie, jak wczoraj, białka 1,65‰, osad bez zmiany. Na miejscu wstrzyknięcia, bardzo silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. Silny ból głowy, chora czuje się źle, nic nie je i nie pije. 28. XI. moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.009, zabarwienie i skrzepy w tej mierze, co i poprzednio, białka 1,65‰, osad bez zmiany. 29. XI. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.010. ilość krwi, jak przedtem, białka 1,65‰, osad bez zmiany. Zaczerwienienie i obrzmienie w miejscu wstrzyknięcia mniejsze. Chora czuje się nieco lepiej, ale w każdym razie nie dobrze. 30. XI. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.013, ilość krwi, jak przedtem, białka 1.65‰, osad bez zmiany. 1. XII. moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.006, barwa pomyj mięsnych, skrzepów trochę mniej, białka 1‰. W osadzie różnicy w porównaniu z poprzedniemi wykazać nie można. Stan podmiotowy zadawalniający.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu na ilość krwi w moczu. Krew, wydzielająca się z prawego moczowodu w postaci skrzepów, pochodziła prawdopodobnie z miedniczki. Spostrzegane po wstrzyknięciu żelatyny zmniejszenie się ilości moczu należy postawić w związek z tem, że chora w ciągu 2 dni po wstrzyknięciu żelatyny nie przyjmowała żadnego pokarmu, ponieważ czuła się bardzo źle; dopiero na 5-ty dzień stan podmiotowy stał się zadawalniającym. Na ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny w danym przypadku wpływu nie miało.

W grupie II podskórne wstrzykiwanie żelatyny nie wywierało szczególnego wpływu na zawartość białka w moczu, tylko w przypadku 8-ym wzrosła nieco po wstrzykiwaniu ilość wałeczków szklistych i zjawiły się nadto ziarniste, których przedtem nie było; objawy te wszakże szybko minęły. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny w tej grupie wpływu nie miało. Co do odczynu zaś gorączkowego, ogólnego i miejscowego, na podskórne wstrzykiwanie żelatyny, to w pewnych przypadkach (przypadek 9) odczyn ten był nieznaczny, w innych natomiast, (przypadki 8. 10.) odwrotnie był bardzo znaczny, zwłaszcza w przypadku 10. kiedy chora w ciągu 2 dni po wstrzyk-

nięciu była w stanie mocnego przygnębienia, apatyi i uskarżała się na silny ból głowy i zupełny brak łaknienia i pragnienia.

Grupa III

11. Przewlekłe miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. Sz. S. lat 30. przyjęty do kliniki dyagnostycznej 29. XI. 1903. Przed dwoma tygodniami zjawiły się obrzęki na twarzy, a od 3. dni obrzękły i nogi. Przed trzema miesiącami bolały chorego pewien czas krzyże, ból jednakże ustąpił samoistnie. Zmiany w moczu ilościowej ani jakościowej podać nie umie. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade, podściółka tłuszczowa mierna, niewielkie obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach. Granica stłumienia serca: prawa na prawej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na pół palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Moczu na dobę 2800 ctm. sz., c. g. 1013, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II, przezroczysty, białka $40^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (2—3 w polu widzenia) i drobnoziarniste (nie w każdem polu widzenia) nabłonek nerkowy w dość dużej ilości, ciałek białych 3 - 4 w polu widzenia, czerwonych 1—4 w polu widzenia.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny po raz pierwszy nie wywarło szczególniejszego wpływu, jeżeli nie uważać zań nieco większej ilości ciałek czerwonych krwi w polu widzenia, które wystąpiły na 3 dzień po wstrzyknięciu. Stan chorego szybko się poprawił. Wstrzyknięcie żelatyny po raz 2-gi wywołało krwotok nerkowy, przyczem największe wydzielanie się krwi przypada na 3 i 4 dzień po wstrzyknięciu; ilość wałeczków szklistych i nabłonka nerkowego zwiększyła się, oprócz tego zjawiły się także wałeczki krwiste. Przeszło miesiąc po wstrzyknięciu żelatyny spostrzega się w moczu chorego większą ilość krwi, niż przedtem. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie miało.

12. Podostre miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. A. G., lat 24, wstąpił do kliniki szpitalnej 4. X. 1907 r. Zachorował 27. VIII. na jakąś ostrą gorączkową chorobę: ból głowy, bole w krzyżach i gorą-

TABLICA III.

Data	Ilość wstrzykniętej żelatyny	Badanie moczu: Dobowa ilość moczu ctm. sz.	Ciężar gatunkowy	Ilość białka ‰	Elementy morfotyczne	Uwagi
1/XII		2500	1.012	4	Wałeczki szkliste (2—3 w polu widzenia) i drobnoziarniste (nie w każdem polu widzenia); nabłonka nerkowego dużo; ciałek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych 1—4.	
2/XII	50 ctm. sz. 3%	2400	1.014	4	» »	W 6 godzin po wstrzyknięciu dreszcze; ciepłota 38·7°.
3/XII		2400	1.013	3	» »	W miejscu wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność.
4/XII		2400	1.012	2·5	Czerwonych ciałek trochę więcej (2—6 w polu widzenia).	Obrzmienie i zaczerwienienie w okolicy wstrzyknięcia mniejsze. Obrzęki mniejsze.
5/XII		2300	1.012	2·5	Czerwonych ciałek 1—4 w polu widzenia; zresztą bez zmiany.	Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzyknięcia niema.
6/XII		2200	1.012	2	» »	
7/XII		1800	1.016	2	» »	
8/XII		1600	1.016	2	» »	
10/XII		2000	1.012	1·5	» »	
12/XII		1500	1.012	1·5	» »	
13/XII		1900	1.012	1	» »	
14/XII	50 ctm. sz. 3%	1600	1.013	1·5	Wałeczki szkliste (0—2 w polu widzenia) i rzadko drobnoziarniste; nabłonka nerkowego mało, ciałek białych 3—4 w polu widzenia, czerwonych 1—3.	W 4 godziny po wstrzyknięciu ciepłota 38·8°.
15/XII		2200	1.012	2	Nabłonka nerkowego więcej, ciałek czerwonych 3—6 w polu widzenia.	Objawy miejscowe, jak poprzednio.
16/XII		1900	1.015	3	Niewielka ilość wałeczków szklistych i drobnoziarnistych, miejscami spostrzega się i krwiste; nabłonek nerkowy dość często; ciałek białych 4—5 w polu widzenia; czerwone ciałka miejscami wyścielają całe pole widzenia, niektóre z nich są wyługowane.	Mocz barwy popłuczyn mięsnych. Ogólne rozbicie i ociężałość.
17/XII		1800	1.015	4	» »	Mocz ciemniejszy.
18/XII		1600	1.012	2	Wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), bardzo rzadko krwiste; ciałek białych 2—5 w polu widzenia, czerwonych bardzo dużo.	Mocz jaśniejszy.
19/XII		1600	1.012	2	» »	
20/XII		2700	1.009	1·25	» »	Mocz barwy jasnych popłuczyn mięsnych.
21/XII 1902 — 17/I 1903						Domieszka krwi w moczu stale, w większej, lub w mniejszej ilości.

czka; po 12 dniach dołączyły się wymioty i mdłości po każdem przyjęciu pokarmów. Wymioty ustały zaledwo przed 2 dniami. Od kilku już dni ciepłota ciała prawidłowa. Teraz uskarża się chory na ogólne osłabienie i ból w krzyżach. Przedtem zawsze był zdrów. Wyskoku nie nadużywał.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków niema. Granica stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4. żebrze, lewa na linii sutkowej. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 80 w minucie, nieco napięte. Moczu na dobę 800 ctm. sz., c. g. 1,012, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II, białka 5,5‰, cukru niema; w osadzie dużo wałeczków szklistych z przylepionemi białemi i czerwonemi ciałkami krwi z nabłonkiem nerkowym, drobno i gruboziarnistych i niewielka ilość nabłonkowych, białych ciałek krwi 1—5 w polu widzenia, czerwonych 3—4, miejscami wyługowanych: dużo nabłonka nerkowego i kryształów kwasu moczowego.

Zalecono wanny 30° po 15 minut i dyetę mleczną. Od 5. X. do 12. X. bez zmiany. 13. X. zjawiły się niewielkie obrzęki na twarzy i tułowiu; moczu 800 ctm. sz. c. g., 1,012, białka 6‰, w osadzie do 10 ciałek czerwonych krwi w polu widzenia. 16. X. obrzęki bez zmiany, moczu 900 ctm. sz., c. g. 1014, barwy popłuczyn mięsnych, białka 6‰, w osadzie dużo wałeczków szklistych drobno i gruboziarnistych, niewielka ilość nabłonkowych i krwistych, nabłonka nerkowego i czerwonych ciałek krwi dużo, białych ciałek krwi 5—6 w polu widzenia. Od 17. X. do 12. XI. ilość moczu na dobę waha się od 800 do 1600 ctm. sz., o barwie czerwonej, mniej więcej ciemnej, osad bez zmiany. Obrzęki stale zwiększają się, a począwszy od 17. XII. spostrzega się nadto obecność płynu w jamie brzusznej. 13. XI. podano napar gorczykwiatu (8·0:200·0) z rozczynem octanu potasowego (15,0) trzy łyżki dnia 14. XI. moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1015, białka 4,5‰, osad bez zmiany. Od 15. XI. obrzęki stopniowo zmniejszają się, tak, że 28. XI. obrzęków już niema. Stan podmiotowy zadawalniający. Moczu na dobę średnio około 1.600 ctm. sz. zabarwienie waha się, na ogół wszakże jest mniejsze. 9. XII. moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1,014, białka 4‰, barwa popłuczyn mięsnych. 10. XII. moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 4‰.

12 XII. Moczu 1600 ctm. sz. c. g. 1.015, barwa popłuczyn mięsnych, białka 4‰; w osadzie dużo wałeczków szklistych drobno i gruboziarnistych, sporo nabłonkowych i krwistych; ciałek białych krwi 3—4 w polu widzenia, czerwonych dość dużo, po części wyługowanych. Wstrzyknięto 75 ctm. sz. 10% rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie ciepłoty do 38°1, silny ból głowy. 13. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa mocno ciemniejsza, białka 4.5‰; w osadzie czerwonych ciałek krwi więcej. Miejsce wstrzyknięcia zaczerwienione, obrzmiałe, bolesne. 14. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa nasycona ciemnoczerwona, białka 5‰; w osadzie dużo wałeczków szklistych, drobno i gruboziarnistych, więcej nabłonkowych i krwistych, całe pole widzenia pokryte czerwonemi ciałkami krwi. Zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność na miejscu wstrzyknięcia mniejsza. 15. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.015, zabarwienie trochę jaśniejsze, białka 5‰; w osadzie wałeczków nabłonkowych i krwistych, a także wolnych czerwonych ciałek krwi mniej. 17. XII. Moczu 1300 ctm. sz., c. g. 1.015 barwy popłuczyn mięsnych, białka 4‰, w osadzie wałeczków krwistych i czerwonych ciałek mniej; zresztą bez zmiany.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny ilość krwi i składników morfotycznych w moczu wzrosła, dosięgła szczytu na 3 dzień, a następnie zaczęła stopniowo wracać do dawnych granic, do których powróciła na 7 dzień. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie żelatyny wpływu nie miało. Ilość białka wzrosła prawdopodobnie wskutek zwiększenia się ilości krwi w moczu. Pomimo stosunkowo dość znacznego zgęszczenia (10%) rozczynu żelatyny objawy ogólne i miejscowe nic szczególnego w porównaniu z innymi przypadkami nie przedstawiły.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Soyesima. **Leczenie puchliny brzusznej na tle marskości wątroby.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909, T. 98). S. w leczeniu puchliny brzusznej na tle marskości wątroby zaleca S. projekt Routtego, polegający na stworzeniu połączenia między jamą brzuszną, a żyłami udowemi. W tym celu odpreparowuje się najpierw po jednej stronie żyłę odgoleniową (v. saphaena), podwiązuje i odchyla się ją ku górze i umocowuje na otrzewnej. Na drugiem posiedzeniu wykonuje się to po stronie drugiej. W ten sposób postąpił S. w 3 przypadkach i w jednym osiągnął bardzo dobry wynik. A.

Isler. **Polyserositis fibrosa** (morbus Bamberger). Tę sprawę chorobową mają wywoływać endotoksyny gruźlicze (Wiczkowski), wogóle jakieś toksyny (Neusser); twory podobne do dwoinek znalazł w płynie z jamy brzusznej Latzel. W wywiadach bywają wzmianki o zimnicy, durze brzusznym, gośćcu, gruźlicy, zapaleniu płuc, niekiedy o niewytłomaczonych bolach w okolicy wątroby. Przebieg jest bezgorączkowy, długotrwały (do 16 lat); choroba rozpoczyna się nagle bolami w dolnej części brzucha i zaburzeniami trawienia, poczem rozwija się puchlina brzuszna, nie dająca się usunąć leczeniem wewnętrznem. Jedynie następujące po sobie nakłucia brzucha dają pewną ulgę; niektórzy radzą zabieg Talmy. Zejściem tego cierpienia jest powolnie postępujące charłactwo, lub nagłe wyczerpanie serca. Na sekcyach znajdowano wątrobę muszkatułową, powierzchnie surowicze, otrzewna i opłucna, pokryte rozległymi złogami włóknikowymi, blaszki osierdzia ze sobą zlepione. Dr G. Nowotny.

Otto. **Przyczynki do uśpienia kombinowanego.** (Med. Klinik 1910, Nr 10). Doświadczenie wykazało, że przy kombinacyi małych dawek środków podobnie działających osiągnąć można pożądany skutek bez obawy zatrucia, któreby na pewno wystąpiło, gdybyśmy stosowali dużą dawkę jednego środka. Odnosi się to zwłaszcza do stosowania kombinacyi środków, używanych przy uśpieniu. O. zachwala bardzo połączenie: weronal, skopolamina, morfina i eter. Wieczorem przed operacyą podaje się 0,5—1,0 weronalu, potem na $1^1/_4$—$^1/_2$ godziny przed operacyą 0,0003 skopolaminy i 0,005 morfiny, a na $1^1/_2$ godziny jeszcze dawkę tę samą samej skopolaminy. Morfiny nie należy podawać więcej, niż 0,01, bo wpływa ona źle na oddech i czynność serca, co stwierdzają doświadczenia wielu badaczy. Przy usypianiu oszczędza się po tem przygotowaniu wiele narkotyku (zwłaszcza chloroformu). Na serce można przy eterze nie zwracać już zupełnie uwagi. Wymioty występują rzadko. Po operacyi chorzy śpią jeszcze spokojnie 2—3 godzin. Zapaleń płuc po operacyach O. wcale nie spostrzegał, jedynie w 2% nieżyt oskrzeli. Po zabiegach chorym dokucza bardzo pragnienie i odczuwają suchość w ustach. Ilość moczu po tem usypianiu wybitnie się zwiększa. K.

Brewitt. **O wartości pędzlowań jodowych celem odkażenia skóry przed operacyami.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). W r. 1908 polecił Antonio Grossich nalewkę jodową do odkażania skóry przed operacyami. Prawie 2 lata nie poruszano tej sprawy, albowiem wielu poprostu bało się porzucić dawne sposoby odkażania skóry i operować n. p. na stawach po odkażeniu skóry tylko jodyną. Dopiero König zachęcił energicznie do tego

sposobu. Na oddziale chirurgicznym w Lubece stosuje się po ostrożnych próbach obecnie jedynie odkażanie jodyną i to przy wszystkich operacyach. Wyniki są bardzo dobre, nie ustępujące wcale wynikom po innych sposobach odkażania skóry. Statystyka obejmuje 500 operacyi, w tem 153 laparotomii, liczne operacye kostne, stawowe i t. p. Sposób ten jest po pierwsze wygodny i krótki, powtóre pewny, a po trzecie bardzo dobry dla chorych, n. p. przy sprawach bolesnych, gdzie mycie jest poprostu męką, gorszą nieraz od operacyi i naraża chorych na zaziębienia i bole. Odkażanie jodyną nadaje się też znakomicie przy otwieraniu ropni, opatrywaniu świeżych ran, szyciu skóry i t. p. Zwykle przed laparotomiami poleca się chorym wieczorem poprzedniego dnia kąpiel i obmycie ciała mydłem i szczotką, a po kąpieli wygolenie danego miejsca. Wśród uśpienia smaruje się daną okolicę jodyną, a po 5 minutach jeszcze drugi raz, potem czeka się chwilę, aż jodyna nie wydziela już woni, a to w tym celu, by nie narażać się na kaszel i łzawienie. Przy operacyach długotrwałych co pewien czas powtarza się jeszcze ewentualnie smarowanie skóry jodyną. Uważać należy, by jelita nie zetknęły się ze skórą jodynowaną, bo wywołuje to niepotrzebnie przekrwienie. Linię szwów po operacyi pociąga się także jodyną.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że ten sposób odkażania ma także swoje strony ujemne. — Niektórzy n. p. chorzy nie znoszą jodyny; po posmarowaniu występuje silne podrażnienie skóry w postaci zaczerwienienia, palenia, a potem nawet pęcherzy, wypełnionych płynem surowiczym. Wydarza się to zwłaszcza u kobiet blondynek. W razie pieczenia poleca B. mieszankę Heusnera: Rp. Tinct jodi 10,0, Benzini 750,0, Paraffin. liquid. 250,0. Swędzenie i pieczenie ustępuje, a po tygodniu skóra zaczyna się łuszczyć. Mieszanka ta nadaje się zwłaszcza na twarzy, mosznie i t. p., a także w okolicy przetok n. p. kałowych, odbytów sztucznych i t. p., celem zabobiegania, ew. leczenia wyprysków okolicznej skóry. Uważać należy, by nie kłaść przylepca wprost na skórę jodynowaną, lecz trzeba zawsze wtedy podłożyć trochę gazy.

Należy zerwać z dawnymi sposobami odkażania skóry chorych i bez obawy przejść do jodyny; jodynowanie na razie uważane być musi za najkrótszy i za najlepszy sposób chwilowego odkażania skóry do operacyi. Jodyna wnika dość głęboko w skórę, o czem przekonał się autor, badając drobnowidowo wycięte kawałki skóry. Klęsk.

Chassevant. **Jodchloroform jako środek do odkażania skóry.** (Presse med. 1909, Nr 63). Nalewka jodowa jest znakomitym środkiem do odkażania skóry, ma jednak tę wadę, że czasem zanadto drażni skórę, co może mieć fatalne skutki n. p. po większych operacyach. Ten sam skutek co do odkażenia, a brak podrażnienia osiągnąć można przez stosowanie mieszanki: Rp. Jodi 1,0, Chloroformi 20,0. Rozczyn ten jest trwały, o ile przechowuje się go w szczelnych naczyniach. Odkażanie jest proste: sucho wytartą skórę smaruje się rozczynem pomienionym, który ewentualnie po operacyi można zetrzeć zapomocą chloroformu. A.

Nast-Kolb. **O wynikach odkażania jedynie wyskokiem i nalewką jodową.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). Na Zjeździe chirurgów w r. 1908 doniósł Brunn o korzystnych wynikach odkażania skóry jedynie zapomocą wyskoku. Na podstawie doświadczenia z oddziału Prof. Steinthala autor w zupełności to potwierdza. Myto tam najpierw krótko ręce mydłem w ciepłej wodzie bez szczotki, a potem 5 minut systematycznie wycierano alkoholem 95%. Tak samo postępowano z chorymi, których nawet przed operacyą nie myje się mydłem, lecz tylko poprzedniego dnia kąpie. Operować powinno się o ile możności w rękawiczkach i jak najmniej dotykać rany rękami. Kontrolą jest tu operowanie w rękawiczkach nicianych, na których widać, czy ręka stykała się z raną i krwią dużo, czy nie.

Drugim próbowanym w oddziale Steinthala sposobem odkażania skóry chorych jest smarowanie jodyną, przyczem skórę goli się na sucho. I tu wyniki okazały się dobre, tylko w 3 przypadkach jodyna podrażniła zanadto skórę, przyczem raz szwy zropiały. Dlatego w razie potrzeby rozległego odkażania skóry przenosi autor odkażanie alkoholem nad jodynę. Jodyna nadaje się bardzo do odkażania skóry pachy, wzgórka łonowego, pępka i t. p., a wreszcie do wszystkich operacyi ambulatoryjnych, tak czystych, jak i zakażonych. Znieczulać miejscowo należy przed posmarowaniem jodyną, albowiem garbuje ona skórę tak, że potem wkłucie cienkiej nawet igły jest trudne. Znakomite usługi oddaje jodyna przy opatrywaniu świeżych ran. Okoliczną skórę zmywa się ewentualnie tylko eterem (n. p. u robotników, gdzie skóra jest silnie zabrudzona), a potem odrazu stosuje się jodynę. Klęsk.

Doc. Büdinger. **O sposobie działania t. zw. przyrannych środków odkażających.** (Med. Klinik 1909, Nr 47). Jeżeli za środek odkażający uznamy tylko takie ciało, które niszczy w tkankach drobnoustroje, nie uszkadzając przytem samych tkanek, to przyznać musimy, że takiego środka odkażającego jeszcze nie znamy. Obecnie zowiemy środkami odkażającymi środki żrące, z których sporządzamy rozczyny słabe, t. zw. płyny przeciwgnilne. Płyny te nie zabijają drobnoustrojów w ranie i działanie ich niewiele się różni od na pewno jałowej wody. Bądź co bądź jednak są one wygodne w użyciu, bo n. p. lekarz praktyczny potrzebuje ciągle wody jałowej, a w postaci tych płynów najłatwiej nią rozporządzać może. Wobec tego, co wyżej powiedziano, używać się powinno jedynie jak najsłabszych rozczynów, byle jeszcze były na pewno jałowe. Rozczyny te nazywa B. normalnymi, a są nimi n. p. sublimat 0,92%, karbol, lyzol 0,3—0,5% i t. p. Również należy odrzucić używane dotąd nazwy: opatrunek bezgnilny (aseptyczny) i przeciwgnilny (antyseptyczny). O wiele lepsze są nazwy: 1) opatrywanie rany zachowawcze suche, 2) opatrywanie zachowawcze z myciem, 3) opatrywanie czynne (odpowiada już najprędzej nazwie: przeciwgnilne). Podobnie, jak płyny »przeciwgnilne« niewiele przyczynić się mogą do odkażenia rany, nie mogą też tego uczynić t. zw. przeciwgnilne proszki, maści i opatrunki. Opatrunek »przeciwgnilny« nie odkaża wcale rany, ale tylko jej wydzieliny wstrzymuje od rozkładu, nadto drażni on tkanki i pobudza je przez to do szybszego tworzenia ziarniny. Słabo odkażająco działa woda utleniona. Balsam peruwiański działa mechanicznie (jako cięższy, spływa w zaułki rany i wypycha ropę) i drażniąco. Według więc B. t. zw. środki przeciwgnilne przy ranie nie istnieją wcale, znamy tylko płyny i ciała jałowe, które pozostają i nadal jałowemi, przez co są bardzo dogodne w użyciu. K.

Parlavecchio. **O uodporniającem działaniu kwasu nukleinowego. Badania doświadczalne, bakteryologiczne i drobnowidowe. Wyniki kliniczne.** (Arch. f. kl. Chir. 1909, 90. I.). Wstrzykiwania kwasu nukleinowego, zwłaszcza stosowane przez kilka dni z rzędu, wywołują silną leukocytozę. Także i wstrzykiwania śródotrzewne wywołują też silne nagromadzenie się krwinek białych w jamie otrzewnej i drobnowidowe zmiany w sieci.

Przez fakt ten uzyskać można uodpornienie organizmu przeciw następowemu zakażeniu z otrzewnej i zakażeniu w tkance podskórnej. Natomiast kwas nukleinowy niema żadnego leczniczego działania i w razie stosowania wstrzykiwań równocześnie z zakażeniem, lub też po zakażeniu nie osiąga się już przytem żadnego dodatniego efektu.

Wstrzykiwania te są bardzo bolesne i wywołują nieraz wybitny odczyn w postaci przyspieszenia tętna i podniesienia ciepłoty. Mimo to P. jest zdania, że powinno się je stosować celem zapobiegawczego uodporniania przed wszystkiemi operacyami w jamie brzusznej. K.

Laryngologia i otyatrya.

Doc. Trumpp. **W sprawie leczenia ostrego nieżytu nosa.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Środek skuteczny przeciw nieżytowi nosa powinien działać szybko i pewnie, usuwać rychło wydzielinę, być nie trującym, łatwym w użyciu i tanim. Zalety te posiada glinka (bolus alba) i T. stosuje też ten środek z doskonałym wynikiem przy ostrym nieżycie nosa. Działanie tu jest czysto mechaniczne, wysuszające. Zapomocą odpowiedniego rozpylacza wdmuchuje się wyjałowiony i wysuszony proszek z początku co kwadrans, a potem co godzinę. Skutek jest pewny, a wypróbował go T. na sobie i na swoich dzieciach. Na drugi dzień wystarcza wdmuchiwać proszek co 2—3 godzin. Strumpf podaje wiadomość, że otrzymał korzystne wyniki przy stosowaniu tego leczenia także przy błonicy i przewlekłych nieżytach nosa. A.

Lafite-Dupont i Moulinier. **Odczyn tuberkulinowy błony śluzowej nosa. Odczyn nosowy.** (Ann. des mal. de l'oreille 1909, Nr 5). W miejsce odczynu ocznego lub skórnego zalecają autorowie odczyn nosowy, który polega na zastósowaniu na błonę śluzową przegrody nosowej lub małżowiny dolnej, 1% rozczynu suchej tuberkuliny Calmetta zapomocą malutkiej kuleczki waty. Wacik ten pozostaje przez 10 minut na błonie śluzowej; odczyn występuje po 10—48 godzinach w postaci przekrwienia i wysięku w miejscu, gdzie błona śluzowa stykała się z tuberkuliną. Trwanie odczynu wynosi 7—8 dni, wyjątkowo dłużej. A. B.

Warnekros (senior). **Szczeliny podniebienia.** (Archiv für Laryngol. T. XXI., str. 144). Od szeregu lat zajmuje się W. przyczyną powstawania szczelin w podniebieniu, względnie w wardze i upatruje ich wyłączną przyczynę w zarodku nadliczbowego zęba. W. zaprzecza powstaniu szczeliny przez niezrośnięcie się dwóch odrębnych kości, a natomiast uważa szczelinę za powstałą w samej części międzyszczękowej pod wpływem zarodka nadliczbowego zęba. W. opiera swe wywody na odciskach gipsowych szczęki górnej i zdjęciach rentgenowskich, a ewentualny brak owego nadliczbowego zęba, nie sprzeciwia się, zdaniem W., powyższemu tłómaczeniu, gdyż ząb mógł zostać usunięty, albo zarodek zębowy w rozwoju płodowym lub u noworodka mógł w szczelinie zaginąć. Szczelina ta ograniczać się może albo do podniebiennego odcinka części międzyszczękowej, albo przerywa wyrostek zębowy, tworząc przeszkodę w zrośnięciu się podniebiennej części szczęki górnej, względnie i części miękkich. A. B.

Albrecht. **Bezpośrednia laryngo-tracheo-bronchoskopia i znaczenie jej dla rozpoznania i leczenia.** (Med. Klinik 1909, Nr 50). Po opisaniu przyrządów podaje A. sposób, jakim posługuje się przy badaniu. Na kwadrans przed badaniem wstrzykuje się rozczyn nowokainy i suprareniny obustronnie w nerw krtaniowy górny (pomiędzy dużym rogiem kości gnykowej, a górnym brzegiem chrząstki tarczowatej). Przed samem badaniem znieczula się język i gardło 20% kokainą. Narzędzia wprowadza się najlepiej u chorego siedzącego. Chory wyciąga język, a głowę pochyla ku tyłowi. Jeżeli język jest gruby i zęby górne przednie są utrzymane, wprowadzenie narzędzia w linii środkowej jest trudne i wtedy używa A. następującego sposobu. Poleca się choremu głowę zgiąć na prawo, tak że lewy kąt ust leży w linii środkowej. W ten sposób wprowadza się rurę bronchoskopu do ust. Podobnie wsuwa A. rurę do krtani od boku, a nie środkiem. Po wprowadzeniu rury widać przedewszystkiem klin podziałowy tchawicy, położony nie w środku pola widzenia, lecz więcej ku stronie lewej. Miejsce to porusza się zwykle razem ze sercem od strony prawej ku lewej, prócz tego wykonuje jeszcze ruchy oddechowe. Przy wdechu ukazują się dalsze oskrzela i ich ujścia. Na lewej dolnej ścianie tchawicy widać dokładnie tętnienie aorty. Wtedy przystępujemy do właściwej bronchoskopii. Klin podziałowy znieczula się kokainą (długiemi szczypcami lub odpowiednią strzykawką Brünninga), podobnie i błonę śluzową oskrzeli. Śluz usuwa się wacikami lub pompką i wprowadza rurę do oskrzeli. Wprowadzenie bronchoskopu do lewego oskrzela jest oczywiście trudniejsze, bo oskrzele to przebiega więcej skośnie i ze względu na aortę nie daje się tak łatwo naprostować, jak prawe. Podział prawego oskrzela widzi się łatwo, zwłaszcza rozgałęzienia do płatu średniego i dolnego. Tu zwykle, mianowicie w oskrzelu dolnego płatu przy dalszem rozgałęzieniu na 3 części zatrzymują się ciała obce.

Badanie wykonywa się u ludzi zresztą na płuca zdrowych rano naczczo, natomiast w tych przypadkach, gdzie chorzy odpluwają dużo plwociny rano, a wydzielina stale ku wieczorowi się zmniejsza — w godzinach popołudniowych. — Badanie to jest o wiele dokładniejsze od prześwietlania promieniami Röntgena, gdyż rentgenoskopia wiedzie nieraz do pomyłek co do siedziby ciała obcego. — Zapomocą bronchoskopu bardzo nieraz łatwo dają się usuwać ciała obce. Brünning podał do różnych ciał obcych odpowiednio zakończone chwytniki, n. p. do grochu, igieł, drzewa, monet, kostek i t. p. Ciało obce śledzić możemy aż do oskrzeli trzeciorzędnych. Prócz tego zapomocą bronchoskopii możemy wykazać zgłębnikiem ciała obce mniejsze, tkwiące w małem oskrzelku, a przez to przy ewentualnej pneumotomii kierować cięcie wprost na to ciało. Badanie tym sposobem ma w końcu wielkie znaczenie rozpoznawcze. Zapomocą niego rozpoznajemy obecnie różnorodne sprawy głębokich dróg oddechowych, a nawet leczymy niektóre, rozszerzając zwężenia, usuwając guzy i nowotwory i t. p. Zapomocą tego badania wyrobić sobie możemy nieraz zdanie o sprawach w śródpiersiu (n. p. tętniak, bąblowiec, gruczoły, guzy i t. p.). Brünning podał t. zw. autoskop z uciskiem. Trzyma się on sam, a przez to lekarz ma obie ręce wolne i może swobodnie operować.

Zakres bezpośredniego badania dróg oddechowych głębokich powiększa się niemal z dnia na dzień i zapewne z czasem leczyć będziemy tą drogą skutecznie wiele cierpień. Tak n. p. Nowotny donosi, że przez stosowanie kokainy i adrenaliny na błonę śluzową oskrzeli otrzymywał wybitną poprawę przy przewlekłej dychawicy oskrzelowej. Wiele przypadków duszności polega na zwężeniu (n. p. kiłowem, gruźliczem, twardzielowem) głębokich dróg oddechowych i tu również sondowania i rozszerzanie oddać może cenne usługi, jak n. p. o tem donosi Schrötter. A.

Leutert. **Wyniki porównawczych badań bakteryologicznych przy zajęciu wyrostka sutkowego.** (Münch. med. Wochs. 1909 Nr 45). Wyniki swych badań przy zajęciu wyrostka sutkowego i zakrzepach streszcza L. w tych słowach: 1) Obecność wielkiej ilości paciorkowców w krwi zatoki poprzecznej dowodzi napewno obecności zakrzepu, choćby gorączka nie była wysoka. 2) Obecność skąpej ilości paciorkowców we krwi zatoki i równoczesna obecność ich we krwi, wziętej z innej części ciała, dowodzi także zakażonego zakrzepu. 3) Ujemny wynik badania bakteryologicznego tak zatoki, jak i krwi wogóle, nie wyłącza wcale zakrzepu; można jednak odczekać jeszcze z operacyą zatoki i żyły szyjnej 1—2 dni. 4) Jeżeli przypuszczamy obustronne zajęcie zatoki, to zakrzep przyjąć należy prędzej tam, gdzie wykazaliśmy paciorkowce, zwłaszcza w dużej ilości. A.

Grekow. **Przyczynek do chirurgii zapaleń wyrostka sutkowego.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 23—24). Różnice w poglądach rozmaitych autorów co do tego, kiedy należy operować, i czy wogóle należy operować w niektórych rodzajach zapaleń wyrostka sutkowego, skłoniły G. do ogłoszenia własnych spostrzeżeń. W operowanych przez niego przypadkach uderza przedewszystkiem rozległość zniszczeń. Już jedno to dowodziłoby, zdaniem G., konieczności operacyi. G. jest zwolennikiem wczesnej operacyi i wyraża przekonanie, że operacya, wykonana według podanych

niżej przepisów, wiedzie do szybkiego wygojenia bez martwaków. Jednocześnie znika ropotok z ucha, a czynności narządu słuchowego powracają do stanu prawidłowego. Jeżeli nie znajdujemy ropy w wyrostku, tylko w jego uchyłku, to wczesna operacya zapobiega rozwinięciu się tam ropienia. Z objawów klinicznych, towarzyszących zapaleniom wyrostka, podkreśla G. znaczenie uporczywego ropotoku, nie dającego usunąć się żadnymi środkami.

Operacya składa się z następujących zabiegów: 1) Usunięcie zewnętrznej ściany wyrostka celem zyskania szerokiego dostępu do jam. 2) Otwarcie ucha środkowego zapomocą usunięcia tylno-górnej ściany przewodu słuchowego. 3) Oczyszczenie otwartych jam z ziarniny i martwaków (śród których mogą być i kostki słuchowe). 4) Plastyka nowoutworzonej jamy, zeszycie i sączkowanie rany. W końcu przytacza G. opisy 12 własnych spostrzeżeń i dochodzi do następujących wniosków: 1) Z powodu bliskiego sąsiedztwa jam wyrostka i ucha środkowego i częstości współczesnego ich zajęcia, jest istnienie samoistnego zapalenia szpiku kostnego wyrostka bardzo wątpliwe. 2) Ponieważ schorzeniom ucha środkowego towarzyszą zazwyczaj rozległe zniszczenia wyrostka, przeto w razie dłuższego ropotoku i jakichkolwiek objawów zajęcia wyrostka wskazana jest trepanacya z następową plastyką. 3) W przypadkach ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego wyrostka konieczne jest utworzenie szerokiego dostępu do jam z następowem odkrytem leczeniem rany. 4) Zasada plastyki polega na przygajaniu do rany kostnej części miękkich przewodu słuchowego i małżowiny. L. Mańkowski.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Alt K. **Nowy przetwór** (Ehrlich Hata) **w leczeniu kiły.** (Münch. med. Wochs 1910, 11.). Uważając już dziś za pewnik, że zniedołężnienie poraźne (paralysis progressiva) rozwija się zawsze na tle zakażenia kiłowego i w przekonaniu, że leczenie rtęciowe jest w tych przypadkach bezsilne, zwrócono się do chemoterapii, t. j. do użycia przetworów, mających szczególne powinowactwo do pasorzytów, żyjących w ustroju i działających na nie zabójczo (therapia sterilisans magna Ehrlicha). Dla tych celów zatem zaczęto stosować atoksyl, arsacetynę, arsenofenylglicynę, które działają bardzo pomyślnie w wielu zakażeniach świdrowcami i krętkami (trypanosomiasis, spirillosis). Autor opisuje doświadczenia głównie z nowym przetworem arszenikowym, wytworzonym przez Bertheima, współpracownika Ehrlicha, pochodnym arsenobenzolu (dioxydiamidoarsenobenzol: $C_{12} H_{12} O_2 N_2 As_2$), który wedle doświadczeń Haty działał bardzo korzystnie w durze powrotnym u myszy i szczurów, jakoteż u królików, zakażonych kiłą Przetwór ten przygotowuje się do użycia w ten sposób, że 0,3 gr. tej substancyi miesza się z 10 cm^3 wody wyjałowionej, do czego dodaje się norm. rozczynu ługu sodowego prawie aż do zupełnego rozpuszczenia (2—3 cm), wreszcie dopełnia się wodą wyjałowioną do 20 cm^3, dodając jakiś środek znieczulający, n. p. euseminę. Tę ilość wstrzykuje się w oba pośladki po 10 cm^3. Wstrzykiwanie jest bolesne, a bolesność znika dopiero po 12—24 godzinach. Podniesienie ciepłoty dochodzi czasem do $38{\cdot}8^0$ C., bole głowy i wymioty są rzadkie. Łaknienie i odżywianie nie cierpi, a nawet zauważono przybytek na ciężarze. W ten sposób leczono 23 chorych (paralysis); z 18 u dwóch zniknął zupełnie odczyn Wassermanna, u dwóch znacznie się zmniejszył, u trzech tylko nieznacznie. Stwierdzono następnie, że przy użyciu tego przetworu arszenik wydziela się z ustroju znacznie powolniej, niż po użyciu innych przetworów arszenikowych, a ilość krwinek białych zwiększa się wybitnie. Na mocy tych danych spróbowano tego sposobu leczenia w szpitalu w Magdeburgu w 27 przypadkach kiły świeżej. Wynik był zadziwiający: Nacieki pierwotne zmniejszały się szybko, podobnie znikały wysypki różnego rodzaju, kłykciny, owrzodzenia goiły się w krótkim czasie, a duży wrzód późny zabliźnił się po trzech tygodniach. Z tych 27 chorych u czterech zniknął odczyn Wassermanna w krótkim czasie zupełnie. Nie wiadomo dotąd, czy w tych przypadkach wstrzykiwanie powyższego przetworu stłumiło zupełnie zakażenie, czy po pewnym czasie nie trzeba będzie wstrzykiwań powtórzyć, czy leczenie jest tak niewinne dla całego ustroju, jakby dotychczasowe spostrzeżenia wskazywały. Przyszłość zatem okaże, dalsze liczne doświadczenia i skrupulatne spostrzeżenia wykażą dopiero, o ile przetwór ten będzie środkiem całkiem pewnym w użyciu. Krzyształowicz.

Dentystyka.

Herrenknecht. **W sprawie zapobiegania próchnieniu zębów.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 8). Zapatrywanie, że najlepszem zapobieganiem próchnieniu zębów byłoby niszczenie drobnoustrojów jamy ustnej, jest błędne. Zniszczenie ich doszczętne jest niewykonalne, a byłoby nawet dla ustroju szkodliwe, albowiem flora jamy ustnej jest potrzebna. Głównie zapobiega próchnieniu higiena jamy ustnej, polegająca na dokładnem oczyszczaniu mechanicznem jamy ustnej z cząstek zaległych pokarmów, których rozkład, zwłaszcza kwaśny, głównie zęby niszczy. Oczyszczanie ust odbywa się: 1) płukaniem, 2) szczoteczką, 3) wykłuwaczką lub nitką. Do płukania powinna być użyta woda o ile możności ciepła. »Antyseptyczne« wody do ust nie mają znaczenia. To samo zadanie spełnia zwykły alkohol lub (celem przyjemnego smaku) płyn: »Rp. Saccharin. 0,2 — Ol. menth. pip. 0,3. — Alcohol. abs. 100,0. — S. 10—20 kropli na szklankę wody«. Również bezcelowe są wszelkie pasty. Proszku używać można 1—2 razy na tydzień, lecz zupełnie miałkiego. Myć zęby należy wieczorem, a płukać usta i wydalać cząstki pokarmów po każdem jedzeniu. Od czasu do czasu dobrze jest płukać usta 3—5% wodą utlenioną. Codziennie nie można tego robić, albowiem woda ta działa szkodliwie na błonę śluzową. Niezłym środkiem jest także słaby rozczyn nadmanganianu potasu. Szczoteczką należy zęby myć ze wszystkich stron. Najlepszą jest szczoteczka niewielka, prosta (a nie wklęsła lub wypukła), średnio twarda. W razie krwawienia z dziąseł nie należy przerywać czyszczenia zębów szczoteczką, gdyż pozostawianie produktów gnilnych tylko podtrzymywałoby stan zapalny. Niektórzy lekarze polecają nawet szczotkowanie samych dziąseł. Początek próchnienia zębów można nieraz powstrzymać zapomocą azotanu srebra lub formaliny. Już począwszy od 3. roku życia należy przynajmniej raz do roku badać uzębienie, ewentualnie zęby plombować, nawet mleczne, gdyż próchnienie ich wpływa ujemnie na rozwój i ustawienie zębów stałych. Nie należy usuwać stałych zębów spróchniałych przed 16. rokiem życia, gdyż dopiero wtedy szczęki przestają rość i formować się. Niestety obecnie wyrywa się zęby, zwłaszcza pierwsze trzonowe, łatwo się psujące, bardzo wczas. Wszelkie zboczenia w ustawieniu zębów należy wcześnie poprawiać. Pokarmy zawierać powinny odpowiednią ilość soli wapniowych. Unikać należy zbyt częstego używania słodyczy, zwłaszcza np. czekolady tuż przed spaniem. Dorośli powinni dawać sobie uzębienie badać przynajmniej 2 razy do roku. Kamień zębowy powinien być regularnie przez dentystę zdejmowany, gdyż z czasem wywołuje on zapalenia dziąseł i okostnej zębów. K.

Reimöller. **O wszczepianiach zębów.** (Tow. lek. Rostock. 15. I. 1910). R. zastosował wszczepianie resp. przeszczepianie zębów w 60 przypadkach w przeciągu 2 ostatnich lat, a z tego w 5 przeszczepił ząb z człowieka na człowieka. Stosuje się tę metodę w przypadkach zapalenia ozębnej (periodontitis) tam, gdzie zachowawcze sposoby leczenia nie pomagają, a wycięcie końca korzenia nie da się zastosować. Wynik operacyi zależy od żywotności okostnej. Zaledwo w 2 przypadkach nastąpiło wessanie wszczepionego korzenia. R. postępuje zwykle w następujący sposób: po wyjęciu zęba odkaża go łagodnymi środkami odkażającymi, a podobnie i zębodół. Potem usuwa miazgę

zęba i wypełnia otwór, jakoteż kanały, w sposób zwykły. Jeżeli ząb pozostawać musi pewien czas poza jamą ustną, to należy go trzymać zawsze w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Po wszczepieniu czy przeszczepieniu zęba ustala się go szyną na 3—4 tygodni. Zapomocą promieni rentgenowskich można następnie kontrolować zachowanie się korzeni. Wszczepianie zębów sztucznych, t. j. z martwego materyału, nie udaje się, natomiast przeprowadza R. obecnie próby z wszczepianiem próżnych korzeni ze złota, w nadziei, że w nie wrośnie tkanka łączna i przez to je umocuje. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15. lutego 1910.

Gałecki w imieniu swojem i Budzyńskiego miał wykład: **O działaniu leczniczem „I. K." Spenglera w gruźlicy płuc.** Działanie lecznicze »I. K.« wypróbowano w 37 przypadkach w sanatoryum w Rudce. Wstrzykiwania tego przetworu poczynano od 0,5 grm. dziesięciomilionowego rozcieńczenia. Początkowo po 14, później po 8—10 dniach wstrzykiwano tę samą ilość dziesięć razy mocniejszego rozczynu, wreszcie dochodzono do wstrzykiwań czystego »I. K.«. Otrzymane wyniki streszcza G. w sposób następujący: W przypadkach nawet względnie lekkich, gdzie leczenie sanatoryjne nie osiągnęło żadnego celu, »I. K.« również okazało się bezskutecznem. »I. K.« również nie wywierało żadnego działania, jako środek zapobiegawczy przeciw nawrotom podleczonej gruźlicy. Ani razu nie stwierdzono takiej poprawy w płucach lub stanie ogólnym, któraby można wyłącznie i z wszelką pewnością poczytywać za zasługę »I. K.«. W wielu przypadkach zauważono odczyn ogólny po wstrzykiwaniach w postaci oszołomień, bolu głowy, rozbicia. W niektórych przypadkach, w których poprawy nie osiągnięto, ilość laseczników jednak zmniejszyła się.

W dyskusyi Gantz podaje wyniki stosowania przez siebie »I. K.« u 14 chorych z oddziału Dra Janowskiego. Próby nie są jeszcze ukończone, lecz tymczasem można powiedzieć, że 1) ani razu nie stwierdzono spadku ciepłoty, 2) ani razu nie było poprawy łaknienia i stanu podmiotowego, 3) ani razu nie było poprawy stanu przedmiotowego, 4) ani razu nie zniknęły laseczniki, ani też ilość ich się nie zmniejszyła.

Mutermilch Stanisław zaznacza, że zgoła nieuzasadniony jest pogląd Spenglera, jakoby t. zw. ciała ochronne przechodzić miały do krwinek czerwonych, tak, że zdaniem mowcy »I. K.« Spenglera nie może być uważane za swoisty środek przeciwgruźliczy. Dalej zaznacza M., że wogóle w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica, leczenie bierne jest mało uzasadnione. Za jedynie racyonalne uważa mowca leczenie swoiste-czynne (aktywne).

Karol Zaleski stosuje »I. K.« w szpitalu zaledwie od trzech tygodni, uważa jednak »I. K.« za środek nie obojętny. Spostrzegał zarówno podniesienia się ciepłoty, jakoteż zwiększenie się ilości laseczników, różne sensacye w postaci bolów głowy, zawrotów.

Rzętkowski uważa za zupełnie słuszną uwagę prelegenta, że trudno jest znaleść kryteryum skuteczności takiego środka, jak »I. K.«. Za takie kryteryum dla swojej tuberkuliny uważa Koch wzrastanie sprawności aglutynacyjnej krwi u chorych leczonych tą metodą. Tu możnaby sobie wyrobić pewne pojęcie o skuteczności środka, porównując dwie grupy, o ile możności podobnych chorych, — leczonych »I. K.« i nie leczonych.

Gałecki w odpowiedzi Rzętkowskiemu zaznacza, że przeciwny jest metodzie statystycznej w danym razie, gdyż ta metoda wymaga znacznie większej ilości przypadków.

Posiedzenie kliniczne d. 22. lutego 1910.

1) Stanisław Serkowski przedstawił **zbiory** własne **pasorzytów** zwierzęcych, oraz fotografie i mikrofotografie drobnoustrojów.

2) Gębarski przedstawił dwóch chorych z rozpoznaniem **choroby Addisona** z oddziału Dra Chełchowskiego.

3) Kozerski przedstawił przypadek **arsenicy** (arsenicismus) u 24-letniego mężczyzny, który z powodu wysypki zażywał przez 5 lat »pigułki azyatyckie« 6 do 12 dziennie. Zmiany, jakie chory obecnie przedstawia, są następujące. Skóra całego ciała nadmiernie sucha, pokryta drobną, jak mączka łuską. Zabarwienie całego tułowia i większej części kończyn pstre, brudno-szaro-bronzowe o całej skali odcieni z wielu centkami skóry jasnej, o prawidłowem zabarwieniu. Co do narządów wewnętrznych, to oprócz chrypki i suchego kaszlu, zmian niema. Stan nerwów ruchowych i czuciowych bez zmian.

4) Bychowski wygłosił wykład: **Podstawy teoretyczne leczenia porażeń spastycznych metodą Foerstera.** U chorych, u których stan spastyczny w kończynach doszedł do takich rozmiarów, że wszelkie ruchy dowolne stały się niemożliwe, stosuje Foerster resekcyę niektórych określonych tylnych korzonków. Nie wdając się w praktyczną wartość tej operacyi i w ocenę dotychczas otrzymanych wyników, omawia Bychowski teoretyczne przesłanki i wnioski, które naprowadziły Foerstera na myśl tej bądź co bądź śmiałej i teoretycznie uzasadnionej operacyi. Opierając się ostatecznie na dwóch przesłankach, a mianowicie pierwszej, że przy zniesieniu ciągłości szlaków piramidowych, impulsy ruchowe mogą jeszcze ujawnić się na zewnątrz, i drugiej, że takim chorym głównie przy wykonaniu ruchów dowolnych przeszkadza hypertonia i towarzyszące jej objawy, wyprowadza Foerster wniosek, że przy usunięciu tej hypertonii ruchy dowolne mogą się stać możliwe. Żeby zmniejszyć hypertonię, należy zmniejszyć przypływy podniet. W tym celu proponuje Foerster przecinać niektóre korzonki. Wobec tego, że każdy mięsień otrzymuje włókna ruchowe przynajmniej z trzech korzonków (przednich), a każdy punkt skóry unerwiony jest włóknami, pochodzącemi przynajmniej z trzech tylnych korzonków, należy przecinać korzonki w takim porządku, żeby nie wywołać ani stałych porażeń, ani znieczuleń. Tak np. dla dolnych kończyn radzi Foerster przecinać 2-gi, 3-ci i 5-ty lędźwiowy i 2-gi krzyżowy korzonek. Po takiej operacyi hypertonja znacznie się zmniejsza, współruchy stopniowo ustępują i po długich ćwiczeniach ze swymi chorymi otrzymywał Foerster bardzo zachęcające wyniki.

Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

IX ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 13 (26) listopada 1909 roku.

Obecnych członków — 33, gości 8. Przewodniczący prezes prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Inż. tech. Stanisław Dudrewicz (gość) odczytał rzecz p. t. **Mechaniczne filtry dla wody do picia z zupełnem zatrzymaniem drobnoustrojów według metody inż. Scheidta.** (Wykładowi towarzyszyły odpowiednie pokazy i doświadczenia). Na wstępie mówca rozpatrywał higieniczne wady, a potem przeszedł do krytycznych poglądów na stosowane metody piaskowej filtracyi wody, przeznaczonej dla zasilania wodociągów miejskich. Prelegent rozpatrywał metodę angielską (powolna piaskowa filtracya), niemiecką (powolna piaskowa filtracya z zastosowaniem sztucznych porowatych kamieni filtrujących. W dalszym ciągu mówił o chemicznem oczyszczaniu wody zapomocą ozonacyi, o prostopadłych filtrach bez naporu i naporowych

i o metodzie rosyjskiej (piaskowa przyspieszona filtracya z zastosowaniem sztucznych porowatych kamieni według inżyniera Scheidta). Mówca wyraża przekonanie, iż przy tej metodzie następuje zupełne zatrzymanie drobnoustrojów.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie tak prelegentowi, jako też obecnemu na posiedzeniu inż. Scheidtowi, który osobiście prowadził odpowiednie doświadczenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano list od komitetu gospodarczego XII Zjazdu rosyjskich przyrodników i lekarzy, mającego się odbyć w Moskwie od 28 XII. do 6 I. 1910 r. st. st., z prośbą o wzięcie udziału. Uproszono prof. Zaleskiego, który ma zamiar udać się na Zjazd, aby reprezentował »Związek«. W przeciwnym razie uchwalono przesłać depeszę w dzień otwarcia Zjazdu. 2) Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż został upoważniony przez komitet gospodarczy III Zjazdu psychiatrów rosyjskich, który ma się odbyć od 27 XII. do 5 I. 1910 r. st. st. do zaproszenia »Związku«, aby wziął udział w Zjeździe. Również prezes zawiadamia, iż już otrzymał urzędowe zaproszenie listowne od komitetu gospodarczego. Uchwalono aby Prof. Czeczott, Doc. Sowiński i Dr. Korasiewicz reprezentowali »Związek« na Zjeździe. 3) Dokonano wyborów nowych członków: na rzeczywistych członków obrano inż. techn. Stanisława Dudrewicza i Dra Edwarda Zboromirskiego.

VIII posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 12 (25) II. 1910.

Obecnych członków — 34, gości — 12. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr. S. Ostrowski odczytuje rzecz p. t. **Współczesny stan nauki o niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie pedyatrycznym«)

Dyskusya: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, czy gruczoły krezkowe były powiększone. — Prelegent wyjaśnia, że były. — Prof. Ziemacki zaznacza, że w ostatnich czasach białaczkę wogóle starają się objaśnić drogą pasorzytniczą i wypowiada swój własny pogląd na białaczkę złośliwą, tłómacząc ją jako »sarcomatosis« krwinek. — Prelegent zaznacza, że tej sprawy w swej pracy nie poruszał, a tylko zajmował się wyłącznie badaniami niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej. Drobnoustroje we krwi przy tej chorobie znajdowali tylko autorowie włoscy. Mówca odrzuca pochodzenie drobnoustrojowe omawianej choroby i uważa krew za mocno zwyrodniałą. — Prof. Czeczott popiera zdanie co do »sarcomatosis« krwi i przypuszcza, iż właśnie dlatego w niektórych przypadkach promienie Roentgena dają dobre wyniki.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za nader ciekawy odczyt.

II. Doc. M. Noiszewski wypowiedział rzecz p. t.: **O stosunku ciśnienia w gałce ocznej do ciśnienia w czaszce.** (Oedema papillae nervi optici et excavatio papillae nervi optici).

Usuwanie nowotworów śródczaszkowych drogą chirurgiczną udaje się zaledwie w 10 przypadkach na 100, w pozostałych 90 chodzi już tylko o przyniesienie ulgi choremu. Nowotwór śródczaszkowy sprowadza ból głowy, wymioty, drgawki i utratę wzroku, jednakże nie sam nowotwór jest przyczyną tych objawów, lecz zwiększone przezeń ciśnienie w czaszce; objawy te ustępują, jak tylko ciśnienie w czaszce zostaje obniżone. Oddawna (Horsley w r. 1890) już zauważono, że nieraz samo otwarcie czaszki w celu wyłuszczenia guza, którego usunięcie okazało się niemożliwe, przynosiło choremu wielką ulgę a nawet poprawę, szczególniej wzroku. Pod wielu względami wzmożenie ciśnienia w czaszce przypomina wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej (jaskra). W obydwóch sprawach chorobowych uwagę naszą zwraca tarcza nerwu wzrokowego, — wgłębiona przy powiększeniu ciśnienia w gałce oka, wypuklona i zastoinowa przy powiększeniu ciśnienia w czaszce.

Ciśnienie w gałce ocznej zależne jest od wielkości dopływu i odpływu limfy i krwi: każde powiększenie dopływu lub pomniejszenie odpływu powiększa ciśnienie w gałce. Stąd zamknięcie kąta sączenia w przednim odcinku gałki, zbyt wielkie wypustki rzęskowe, pęcznienie soczewki lub nadmierna objętość soczewki, a zatem pomniejszony przestwór ponadsoczewkowy (canalis Petiti s. spatium circumlentale) usposabiają do jaskry zapalnej. Ale, jeżeli warunki te sprzyjają powtarzaniu się jaskry zapalnej, to jednak nie można w ten sposób wytłomaczyć powtarzania się jaskry niezapalnej, przy której niema wcale tych warunków, niema samej podstawy jaskry, powiększonego ciśnienia w gałce.

Przyczyną zagłębienia tarczy może być już sama różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce a ciśnieniem w czaszce; obojętnem jest przytem, czy ciśnienie w gałce oka jest prawidłowe, czy powiększone, byle to ciśnienie było większe od ciśnienia w czaszce. Nietylko ciśnienie w gałce ocznej, ale i ciśnienie w czaszce pozostawać może w granicach prawidłowych; wszystko zaś sprowadza się do pytania, czy możliwa jest różnica pomiędzy ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce. Że różnica pomiędzy ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w gałce jest możliwa, dowodzą zarówno przypadki jaskry zapalnej, przy której ciśnienie w gałce jest większe od ciśnienia w czaszce, inaczej nie mogłoby powstać zagłębienie tarczy w kierunku jamy czaszkowej; — jak również i przypadki tarczy zastoinowej, przy której ciśnienie w czaszce jest większe od ciśnienia w gałce ocznej, inaczej bowiem nie mogłoby powstawać wypieranie tarczy n. wzrokowego w kierunku gałki. Oczywiście więc, że w tych wypadkach, gdzie ciśnienie w czaszce przez czas dłuższy jest mniejsze od ciśnienia w gałce ocznej, koniecznem następstwem tej różnicy będzie wytworzenie zagłębienia tarczy i ślepota pomimo prawidłowego ciśnienia w gałce, tj. ta postać chorobowa, którą nazywamy jaskrą niezapalną (glaucoma simplex). (Streszczenie własne).

Dyskusya: Prof. Szawłowski zapytuje prelegenta, w jaki sposób tłómaczy on brak przekrwienia u psa, u którego zdjęto tylko mięśnie, w porównaniu z tym psem, któremu usunięto również i kawałek kości czaszkowej.

Prelegent tłómaczy to urazem. Prócz tego tłómaczy, że skóra nad wyciętym kawałkiem kości pełni rolę ciemączka; wszak u dzieci nie bywa jaskry.

Dr. Sapacz-Sapaczyński dodaje, że w przytoczonych przez niego przypadkach sekcya wykazała obecność dużego guza w wielkiem spoidle mózgu. Pomimo tego zapalenie brodawki nerwu wzrokowego było tylko w jednym przypadku, zaś w innych go nie zauważono.

Dr. Białobłocki (gość) zapytuje prelegenta, czy przy jaskrze i zapaleniu tarczy uwydatnienie się tarczy nerwu wzrokowego w głąb gałki lub w głąb czaszki ocznej jest skutkiem tylko zwiększenia ilości krwi w tem miejscu, obrzękania i zmniejszania się obrzęku tarczy, czy też w rzeczywistości zachodzi wklęsanie blaszki sitowej (lam. cribrosa) w jedną i drugą stronę.

Prof. Zaleski bierze za punkt wyjścia uwagę prelegenta co do ciemiączka u niemowląt, przy którem zjawisko jakby przeczy jego hypotezie, kompensuje się jednak zjawiskami przy wodogłowiu; mówca ze swej strony dodaje, że byłoby ciekawem zbadać stosunki jaskry co do tych zjawisk ciśnienia w czaszce, które następują u chorych na krzywicę, gdy miękka początkowo czaszka następnie w oznaczonym okresie życia poczyna twardnieć i to nadmiernie wskutek chorobliwości samego zjawiska, uwarunkowanego znacznymi złogami soli wapniowych.

Prelegent daje wyjaśnienia co do poruszonych spraw drogą anatomicznych zestawień tak omawianej okolicy, jakoteż blaszki sitowej.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż wskutek zniesienia się »Związku« z Rz.-kat. Tow. Dobroczynności w sprawie b. lekarza w szkole przy kościele Sw. Katarzyny Dra Józefa Zaleskiego, rzeczone Towarzystwo wyznaczyło mu zapomogę w kwocie 3 rub. miesięcznie. Petentowi Kowalskiemu w sprawie nogi sztucznej dla braku odpowiednich funduszów odmówiono. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż Towarzystwo neuropatologów i psychiatrów przy uniwersytecie moskiewskim zwróciło się do »Związku« z prośbą o wzięcie udziału w uczczeniu 25-letniej naukowej działalności prezesa tego Towarzystwa Prof. Włodzimierza Rota, które ma się odbyć 14 marca st. st. roku bieżącego. Wobec zasług naukowych jubilata uchwalono w obchodzie wziąść udział. 3) Prezes zaznacza, iż na ostatniem posiedzeniu Rady poruszono sprawę Kasy wdów i sierot po lekarzach (rosyjskiej) i zastanawiano się, w jaki sposób ma »Związek« zachować się wobec tego Towarzystwa. Aby być członkiem Kasy i korzystać z praw; należy wnosić roczną składkę w kwocie 3 rub. Otóż, gdyby »Związek« in corpore zapisał się na członka i wnosił 3 rub. rocznie, to nie wypadałoby korzystać z praw, wobec tego Rada proponuje, aby »Związek« zapisał się na członka i drogą dobrowolnych ofiar zebrał kwotę nie poniżej 25 rub. i złożył ją rzeczonej kasie, w takim razie mógłby się starać w razie krytycznego położenia rodziny któregoś z członków »Związku« o odpowiednie zapomogi. Wywiązała się dyskusya, w której wzięli udział: Prof. Czeczott, Dr. Zakrzewski, Doc. Noiszewski i Dr. Uliński. Uchwalono złożyć rzeczonej kasie za ten rok 25 rub., zebranych drogą dobrowolnych składek, na przyszłość zaś sprawa ta ma być rozpatrywana corocznie. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż na ostatniem posiedzeniu Rady »Związku« wskutek odezwy uczącej się młodzieży polskiej w wyższych zakładach naukowych miasta Petersburga, aby stworzyć »Kasę chorych«, utworzono Komisyę, do której weszli: Prof. Ziemacki (prezes), Doc. Orłowski. Wolański, Jastrzębski, Uliński i przedstawiciele uczącej się młodzieży. Celem obrad miało być rozpatrzenie sposobu, w jakiby »Związek« najłatwiej mógł zadość uczynić prośbie młodzieży. Otóż prezes komisyi Prof. Ziemacki zawiadamia, iż posiedzenie komisyi odbyło się i odczytuje protokół. Punkt 1 w zasadzie rozstrzyga sprawę pomocy lekarskiej w sposób następujący: studenci będą mogli za opłatą 50 kop. korzystać z pomocy lekarskiej tych lekarzy, których spis poda im »Związek«. Co do tej zapłaty 50 kop. wywiązała się dyskusya, w której uczestniczyli: Doc. Noiszewski, Prof. Ziemacki i Dr. Wolański. Jedni byli za zapłatą, drudzy zaś przeciw. Wobec tego, iż sprawa ta niecierpi zwłoki, uchwalono w najkrótszym czasie zestawić spis tych lekarzy, którzy zechcą udzielać pomocy lekarskiej zwracającej się do nich młodzieży, pozostawiając każdemu lekarzowi co do tych 50 kop., jako honoraryum, swobodę postąpienia według własnych przekonań. Inne punkta protokółu, zbyt skomplikowane, nie mogły być rozpatrzone. Ponieważ jeden punkt porusza sprawę utworzenia lecznicy polskiej, a utworzenie jej stoi w bezpośrednim związku ze sprawą szpitala polskiego, przeto zaproszono do udziału w tej komisyi wiceprezesa komitetu szpitalnego Dra Zakrzewskiego na prezydującego. 5) Prezes podaje do wiadomości, iż na najbliższem ogólnem posiedzeniu nastąpi utworzenie Wydziału odontologicznego i wybory jego urzędników. 6) Prof. Czeczott zaznacza, iż stosownie do życzenia »Związku« był jego przedstawicielem na III Zjeździe psychiatrów i neurologów rosyjskich. Prof. Czeczottowi wyrażono podziękowanie.

X. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 19. II. (3. III) 1910.

Obecnych członków — 38, gości — 15. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Prezes wita obecnego na posiedzeniu członka Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego Dra Hanusowicza. Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Prezes podaje smutną wiadomość, iż zmarli: najstarszy członek b. Koła lekarskiego Dr. Ziemowit Sabiński i Stanisław Klikowicz, docent uniwersytetu moskiewskiego, który miał być na jednem z najbliższych posiedzeń obrany członkiem korespondentem »Związku« i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

I. Doc. Noiszewski wygłosił rzecz p. t.: **Omamy (halucynacye) wzrokowe.** Zwykle omamy uważane są za objawy chorobowe, a jednak i w życiu fizyologicznem osób zdrowych są zjawiska, niezmiernie przypominające omamy wzrokowe, — mianowicie widziadła senne. Tak samo, jak omamom, również i widziadłom sennym nie odpowiada rzeczywistość przedmiotowa. Swiatło dzienne nie pozwala nam widzieć gwiazd we dnie; jawa pełna blasków, barw, dźwięków i woni przedmiotowych tłumi przechowujące się poniżej progu naszej świadomości obrazy senne; ale jak człowiek z dna głębokiej studni i w biały dzień widzi gwiazdy, tak przy zamroczeniu świadomości powstają i na jawie widziadła senne, tj. omamy.

Od czasów Kandzińskiego omamy dzielą się na prawdziwe i wrzekome; mimo to niezawsze umiano je rozróżnić. Dopiero podział kliniczny, podany przez Noiszewskiego na jednym ze zjazdów psychiatrycznych w Petersburgu, pozwala w każdym poszczególnym przypadku odróżnić omam prawdziwy od wrzekomego. Zasadnicza różnica między omamem wrzekomym, a omamem prawdziwym polega na tem, że od omamu wrzekomego tak, jak od powidoku, nie można się odwrócić, przeciwnie, od omamu prawdziwego można nietylko odwrócić się, ale nawet uciekać, a co najważniejsze, że możemy widzieć omam prawdziwy tylko w ściśle oznaczonem miejscu w przestrzeni. Jeżeli omam wrzekomy zachowuje się, jak powidok, omam prawdziwy zachowuje się, jak przedmiot rzeczywisty. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za nader pouczający odczyt.

II., Lek.-dent. Klara Biało-Piotrowicz (gość) (z Dźwińska) wypowiedziała rzecz p. t.: **Sposób bezgnilnego wprowadzenia nasady wiertnika do jamy ust.** Operowanie bezgnilne w jamie ustnej zapomocą wiertnika, (powszechnie mianowanego »bormaszyną«) jest niemożliwe, gdyż nietylko aseptyka, ale nawet zwykłe odkażanie nasady nie może być zastosowane. Jak wiadomo, mechanizm nasady jest tak delikatny i w ten sposób zbudowany, iż nie może być poddany ani działaniu pary, ani środkom odkażającym, ani przemywany wyskokiem. Wobec tego ślina i zawarte w niej drobnoustroje zostają przenoszone z ust do ust. Prelegentka już oddawna stosuje w swej praktyce specyalne pochewki, szczelnie zamykające nasadę, które zabezpieczają czystość, gdyż z łatwością mogą być tak wyjaławiane, jako też odkażane. (Pochewkę taką pokazano).

Dyskusya: P. Komodziński podnosi praktyczne znaczenie wynalazku. — Prof. Ziemacki zaznacza, iż myśl samego wynalazku nader prosta, mimo to bardzo cenna. — Doc. Noiszewski zwraca uwagę, iż wynalazek ten ma jeszcze inne ważne znaczenie, bo pochewka owa broni nietylko od zakażenia, ale zabezpiecza mechanizm samej nasady od zepsucia. — Prezes podnosi znaczenie wynalazku tembardziej, że myśl ta należy do rodaczki naszej i składa prelegentce w imieniu Zgromadzenia podziękowanie za zajmujący odczyt.

III., Inż. jenerał Kątkowski wypowiedział rzecz p. t.: **Stan obecny wodociągów petersburskich i środki ku ich ulepszeniu.** Wobec tego, iż prelegent brał udział w komisyach miejskich, przytacza ścisłe dane, dotyczące obecnego stanu wodociągów miejskich i tych ulepszeń, jakie w najbliższym czasie mają być wprowadzone. Wszystkie stacye miejskie (a jest ich 3), z których czerpią wodę, znajdują się blizko środka miasta; wobec tego, iż miasto nie posiada kanalizacyi, wszystkie brudy ściekają do Newy,

zanieczyszczają wodę i z nią wracają do żołądków mieszkańców Petersburga. W ten sposób tworzy się błędne koło. Byłoby lepiej korzystać bezpośrednio z czystego źródła wody, jak np. z jeziora Ładogi, ale doprowadzenie wody z tego jeziora kosztowałoby 40 milionów rubli; nad tą sprawą komisya pracowała 3 lata. Wobec tak znacznych wydatków pozostaje tylko oczyszczać wodę zanieczyszczoną. Obecnie prowadzi się doświadczenia nad ozonacyą wody Newskiej i już za kilka miesięcy dwie części miasta: Petersburska i Wyborska będą miały wodę filtrowaną i ozonowaną.

Dyskusya: Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, dlaczego miasto nie korzysta ze źródeł Duderhofskich, które są znane ze swej zdrowej wody.

Inż. Kotarski zaznacza, że woda Newska zawiera mało soli wapiennych, jest szkodliwa dla dzieci (krzywica), więc przeto już chemicznie jest niezdrowa, a prócz tego niewiadomo, czy nowy sposób ozonacyi wody rzeczywiście pozbawi ją drobnoustrojów chorobotwórczych, tembardziej, że ta czysta woda będzie przebiegała w rurach starych, zanieczyszczonych. Wyłącznie do picia potrzeba tylko 4 mil. wiader wody dziennie, licząc na każdego mieszkańca po 2 wiadra dziennie przy ludności 2-milionowej. Ponieważ z odczytu prelegenta wynika, iż dziennie na każdego mieszkańca wypada średnio po 12—15 wiader, to reszta wody idzie do polewania ulic, na potrzeby fabryk i t. d. Mówca proponuje więc, aby na te potrzeby szła woda niefiltrowana, ale nie po 5 kop. za 100 wiader, jak obecnie, lecz po $^1/_4$ kop.

Prelegent co do pierwszego zapytania zaznacza, iż wody źródlane wogóle są niepewne, bo źródło może wysychać, a wtedy ilość wody znacznie się zmniejszy. Jest to naturalnie bardzo ważny punkt, tembardziej przy zaopatrzeniu w wodę wielkiego miasta, jak Petersburg. Prócz tego podłoże wapienne (taki grunt jest w jeziorach Duderhofskich) jest niebezpieczne, bo otaczające wody mogą przesiąkać przez pory i w ten sposób zanieczyszczać wodę, a już wobec takiej możliwości niema żadnej pewności co do nieobecności drobnoustrojów chorobotwórczych. W Finlandyi woda zawiera mało soli wapiennych, mimo to krzywicę u dzieci spostrzega się rzadko. Co do rur, to prawda, że są zanieczyszczone, ale badania wykazały, że drobnoustroje chorobotwórcze długo tam żyć nie mogą. Badania osadów na powierzchni zewnętrznej rur nie wykazały obecności drobnoustrojów, wobec tego po upływie paru tygodni woda czysta przemyje rury i będziemy wtedy mieli wodę zdatną do picia. Można również wszystkie rury poddać odkażaniu bez żadnej szkody dla zdrowia; woda wprawdzie będzie miała niewielki odór w ciągu kilku godzin, ale stan obecny, gdy epidemia cholery jeszcze nie może być uważana za wygasłą, nie pozwala ruszać rur wodociągowych. Ludność nieinteligentna, a jest jej dużo, sądziłaby, że lekarze zatruwają umyślnie wodę.

Prof. Czeczott: Obecnie buduje miasto szpital imienia Piotra I, dla którego wody ma dostarczać tuż stworzona studnia abissyńska na głębokości tylko 13—15 sążni; studnia ta daje 20.000 wiader wody dziennie; wprawdzie woda zawiera trochę żelaza, ale to żelazo, przy pomocy pewnych urządzeń, osiada. Mówca zapytuje, czy nie ma sposobu do określenia, jak długo to źródło będzie mogło zasilać wspomianą instytucyę wodą.

Inż. Kotarski przypuszcza, że tej wody długo mieć nie można, nadaje się ona tylko dla szpitala, gdzie zapotrzebowanie jest niewielkie, ale do zastosowania dla Petersburga przypuszcza mówca, iż źródło to nie nadaje się zupełnie.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Obrano wiceprezesem Wydziału odontologicznego Doc. Franc. Zwierzchowskiego, a Wydział odontologiczny ogłoszono za czynny. 2) Podano do wiadomości, iż na »Zjeździe przeciwalkoholicznym« reprezentowali »Związek« Dr. Marcinkiewicz i Dr. Uliński. 3) Prezes streścił odezwę prof. Wicherkiewicza w sprawie udziału Polaków w Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Budapeszcie w r. 1909. Omawiano, w jaki sposób należałoby wnieść protest. Uchwalono niezbędność przedstawicielstwa polskiego w stałej komisyi międzynarodowych Zjazdów lekarskich; dopiero po otrzymaniu ogólnego statutu Zjazdów można będzie wypowiedzieć zdanie ostateczne. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż komitet gospodarczy mającego się odbyć w kwietniu »Zjazdu imienia Pirogowa« przysłał zaproszenie do udziału. Na przedstawicieli »Związku« na Zjeździe obrano: Prof. Zaleskiego, Prof. Ziemackiego i jener. Kątkowskiego 5) Dokonano wyborów nowych członków: na korespondentkę wybrano: lekar.-dent. Klarę Biało-Piotrowiczową, na rzeczywistych członków: Dra Ludwika Białobłockiego i Dra Michała Boczkowskiego.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

F. Kraus (Berlin) **O serodyagnostyce z klinicznego punktu widzenia.** W odczycie tym zestawił autor wszystkie serodyagnostyczne zabiegi, stosowane dzisiaj w klinice. A. c. Inmann (Londyn) mówiąc o wzajemnym stosunku między nauką o odporności a praktyczną medycyną, zastanawiał się szczególnie nad techniką badania opsonicznego i jego znaczeniem w leczeniu różnych chorób, a przedewszystkiem gruźlicy. Strobell (Drezno), kontrolując metodę Wrighta, przekonał się, że wahania wskaźnika gruźliczo-opsonicznego u ludzi zdrowych są niższe, niż je podawał pierwotnie Wright i wynoszą od 1,05 do 0,95. Zgadza się to z wynikami, uzyskanymi przez Flemminga. Senator (Berlin) podnosi, że odczyn Wassermanna dowiódł na pewno swoistego przeciwkiłowego działania rtęci, skoro w regule znika po odpowiedniem leczeniu rtęcią. Geisler (Petersburg) zwraca uwagę, że odczyn tuberkulinowy może mimo swego wielkiego ogólno-patologicznego znaczenia być źródłem pomyłki rozpoznawczej, i tak n. p. dodatni jego wynik w toku krwiomoczu (bez prątków w moczu) może lekarza, przypuszczającego gruźlicę nerki, skłonić do jej rozpoznania, chociaż w istocie ognisko gruźlicze znajdować się może niekoniecznie w nerce, ale gdzieindziej w ustroju. Badanie opsoniczne nie ma zdaniem autora żadnej przedmiotowej wartości. Citron (Berlin) przypomina, jak wielkie usługi oddaje odczyn Wassermanna w rozpoznawaniu dawniej nieprzystępnej dla rozpoznania kiły ukrytej (bez objawów), która się zdarza szczególniej często u członków rodziny kiłowych (małżonków, dzieci) Wobec nadzwyczajnej częstości kiły utajonej u kobiet przeznaczonych na mamki w Dreźnie, radzi C. wprowadzenie przymusowego serologicznego badania mamek. Myśl tę zgromadzenie z uznaniem przyjmuje. Lenhartz (Hamburg) godzi się z Krausem w uznaniu wartości odczynu Wassermanna dla rozpoznania schorzeń serca i naczyń, regularnie otrzymywał dotąd wynik dodatni w toku tętniaków, a bardzo często we wczesnych schorzeniach tętnicy głównej i zwapnieniu naczyń wieńcowych serca. Tą drogą stwierdzono etyologiczne znaczenie kiły dla tych schorzeń w sposób dotąd najpewniejszy. Jest zasługą Mucha, że pierwszy wykazał odczyn dodatni po płonicy, utrzymujący się miesiącami, chociaż kiłę można było wykluczyć. W końcu Kraus występuje przeciw nieodpowiedniemu tłómaczeniu znaczenia odczynu tuberkulinowego przez Geislera.

2) P. K. Pel (Amsterdam): **O leczeniu tuberkuliną gruźlicy płucnej.** Mówca mówił najpierw o przyczynach, dla których tak trudno jest ocenić nasze zabiegi lecznicze w toku przewlekłej gruźlicy płuc. Problem leczenia tuber-

kuliną ma stronę teoretyczną i praktyczną. Teoretyczne uzasadnienie problemu musimy uznać w zasadzie za słuszne i zgodne z naszemi wiadomościami ogólnemi, chociaż niejeden da się podnieść przeciw niemu zarzut. Zdania o istotnej wartości leczenia gruźlicy tuberkuliną również bardzo się rozchodzą. Doświadczenie, że najlepsze wyniki da się uzyskać tą metodą w przypadkach bezgorączkowych rozpoczynającej się gruźlicy, jest samo przez się bardzo zrozumiałe, ale równocześnie stanowi słabą stronę tej metody. Nadawać się bowiem powinnyby do leczenia tego nietylko przypadki lżejsze, które często i bez leczenia się goją, ale i przypadki dalej posuniętej gruźlicy, a nadto takie przypadki gruźlicy płucnej, które od dłuższego czasu stoją na jednym poziomie, nie posuwając się naprzód, ale które mimo korzystnych warunków zewnętrznych nie okazują skłonności do poprawy. Nie ma zgody między lekarzami także co do wskazań dawki, wyboru przetworu, odczynu ogólnego i miejscowego itd. Z pośród wielkiej ilości przetworów tuberkulinowych wybrać dobry, jest rzeczą niełatwą. Nie można też polecać opierania wskazań na podstawie wskaźnika opsonicznego Wrighta, gdyż metoda ta jest zbyt czuła i wymaga długiego czasu, a wyniki jej niepewne. Mimo to wszystko ogólny wynik z doświadczeń, czynionych za pomocą tuberkuliny, jest korzystny. Jednakże stosować tuberkuliny nie powinien dzisiaj każdy lekarz, lecz tylko ten, który jest obeznany dokładnie z techniką wstrzykiwań i sposobem stosowania tuberkuliny i który ma sposobność ciągłej kontroli chorego, bo łatwo zamiast pomódz, można zaszkodzić. Osobnicza wrażliwość na tuberkulinę podlega niezbędnym wahaniom. I dlatego właśnie łatwo zaszkodzić. W każdym razie należy zaczynać od minimalnych dawek i unikać odczynu zarówno ogólnego, jak i miejscowego. Odczyn miejscowy może być wprawdzie korzystny, ale i szkodliwy; z góry nie da się to przewidzieć. Co do wyboru przetworu nie może nikt podać niezawodnych wskazówek, a zawsze należy pamiętać o nadmiernej wrażliwości po kilkakrotnie podawanych małych dawkach. Autor osobiście odniósł wrażenie, że wstrzykiwania tuberkuliny mogą wywołać krwioplucie. Przedewszystkiem nie należy ze zbytniego zaufania do tuberkuliny zaniedbywać dawnych, uznanych zabiegów higieniczno-dyetetycznych. Gdyby tak, jak sprawa dziś stoi, zaczęli lekarze szeroko w praktyce stosować wstrzykiwanie tuberkuliny, więcej mogliby sprawić szkody, niż korzyści. Być jednak może, że dalsze studya w tym kierunku zarówno w pracowniach, jak i klinikach, stworzą kiedyś z tuberkuliny doskonałą broń przeciw owej strasznej klęsce społecznej.

3) E. Maragliano (Genua). **O seroterapii gruźlicy płuc z punktu widzenia klinicznego.** Autor wyrabia własną tuberkulinę, która ponad tuberkuliną Kocha ma zaletę stałej jadowitości, a mianowicie zawiera 100 jednostek toksycznych w 1 cm.³. Autor wytwarza dwa rodzaje tuberkuliny: antytoksyczną i bakteryobójczą. Zupełne i trwałe wyleczenie uzyskiwał M. w przypadkach gruźlicy miejscowej bez toksykemii. Podawać można też tuberkulinę wewnętrznie, podskórnie albo wstrzykiwać wprost przez ścianę klatki piersiowej do płuc. Statystyka M., obejmująca przypadki od r. 1900—1905., okazuje następujące wyniki: Ze 166 ograniczonych zmian płuc i oskrzeli 93 uleczeń, pośród 207 rozlanych zmian płuc i oskrzeli 34 uleczeń. Na 69 zmian rozpadowych bez jam 8 uleczeń, na 69 takichże zmian z jamami 7 uleczeń. Wyniki dobre zatem tylko w okresach przebiegających bez rozpadu. M. szczepi także ochronnie dzieci rodziców gruźliczych na ramieniu sposobem Jennera. Wyniki miał zawsze dobre. Dzieci te nigdy na gruźlicę nie zapadały, a wzmaga się u nich siła aglutynacyjna krwi i siła antytoksyczna i bakteryolityczna wobec prątków gruźliczych.

W dyskusyi tłómaczył Hofbauer (Wiedeń), że leczenie gruźlicy płucnej wstrzykiwaniami tuberkuliny w istocie, jak to podnosi Pel, ma wartość wątpliwą, a to dlatego, że wyjątkowo stosuje się u chorych tuberkulinę, otrzymaną ze szczepu, podobnego do szczepu chorobotwórczego. H. poleca gorąco ćwiczenia oddechowe, które podniecając krążenie wzmagają krążenie tuberkuliny, znajdującej się w ogniskach chorych, wzmagają więc równocześnie niejako antoinokulacyę tuberkuliną, pochodzącą z tego samego szczepu. Landouzy (Paryż) radzi dla lepszej oryentacyi dzielić przypadki gruźlicy na ciężkie, postaci posocznicze, przebiegające gwałtownie i na przewlekłe, czy to miejscowe, czy ogólne. Citron (Berlin) podnosi, że przedewszystkiem powinniśmy w danym przypadku ustalić, czy chcemy uodparniać czynnie, czy biernie, t. zn. czy chcemy wstrzykiwać tuberkulinę, czy surowicę. Wstrzykując surowicę, ułatwiamy pracę ustrojowi, wprowadzamy bowiem do niego już gotowe środki ochronne. Sposób ten ma jednak tę wadę, że to działanie ochronne trwa krótko. C. stosuje dlatego, jak Landouzy, leczenie surowicą tylko w przypadkach ciężkich. Z przetworów tuberkulinowych, stosowanych obecnie dla uodparniania czynnego, żaden nie zawiera wszystkich czynnych istot prątków gruźliczych, dlatego dobrze jest kilka przetworów razem mieszać. Co się tyczy metodyki, to istnieje uodpornianie wielkiemi i małemi dawkami (Wright). Drugi sposób ma tę wadę, że chory natychmiast oddziaływa, kiedy się przechodzi do wyższych dawek tuberkuliny. Autor zaczyna wprawdzie od minimalnych dawek, ale rychło przechodzi do dawek wielkich i stara się z pominięciem wszelkiego odczynu uodparniać przeciw najwyższym dawkom tuberkuliny; używa zwykle nowej tuberkuliny (Kocha), mieszanej z surowicą, wytwarzaną przez »Höchster Farbwerke«. Ostatecznego zdania nie może jeszcze wypowiedzieć, ale wyniki są zachęcające.

Rainick i Kuthy (Peszt) **O czynnem uodpornianiu w gruźlicy płuc.** Zdaniem R. i K. można najrozmaitszymi przetworami tuberkulinowymi dojść do dobrych wyników; zarówno wstrzykiwaniami, jak i podawaniem wewnętrznem, przez autorów gorąco zalecanem, można sprawić spadek gorączki; właśnie w bardzo ciężkich przypadkach gruźlicy można stosować ze skutkiem nową tuberkulinę (Koch) wewnętrznie, unikając jakiegokolwiek poważniejszego odczynu ogólnego.

Pottenger od 14 lat wstrzykuje tuberkulinę, poczynając od małych dawek, nawet w przypadkach, przebiegających z gorączką i zawsze miał dobre wyniki.

Bence (Peszt) przekonał się na klinice Koranyiego, że dobrze działają nieraz wstrzykiwania małych dawek, stosowane w wielkich odstępach czasu i to jednakowo wszystkie przetworzy. Wielkie dawki nie działają lepiej, niż małe.

Dettre (Peszt): Odporność da się w toku gruźlicy wysoko podnieść. W jednym np. przypadku udało się D. z $7^1/_2$-milionowej części tuberkuliny dojść do 0,7 cm bez wszelkiego odczynu, a mimo to plwocina chorego roiła się od prątków przy równoczesnym przybytku na wadze o 6—8 kg., ciepłocie prawidłowej i zdolności do pracy. Chory stał się zupełnie nieczułym na prątki, które znajdowały się w jego płucach, jakby ciała obce. Zwiększając odporność, czynimy z chorych roznosicieli prątków (Bazillenträger). Dlatego lepiej starać się utrzymać zdolność oddziaływania chorego ustroju.

5) S. Barnheim i L. Dieupart (Paryż): **Gruźlica i gęstość zaludnienia.** Na podstawie wielkiego materyału statystycznego dowodzą autorowie, że główną przyczynę szerzenia się gruźlicy stanowią przeludnienie, przepełnienie w różnych przemysłach, niekorzystne warunki zdrowotne i t. d.

6) Taŭszk (Peszt): **O gruźlicy płuc w wieku starczym.** T. nie podał nic nowego.

7) K. Turban (Davos): **Badanie płuc fizyczne i promieniami Roentgena.** T. zestawia zalety i wady obu metod i dochodzi do wniosku, że badanie promieniami nie zastąpi nigdy badania płuc innemi metodami fizycznemi, nawet w okresie wczesnym. Badanie promieniami Roentgena ma tylko znaczenie pomocnicze i wymaga jeszcze udoskonalenia.

W dyskusyi wskazuje Wenckebach (Groningen) na ważność badania promieniami Roentgena w rozpoznawaniu chorób płuc i zaleca sporządzanie zdjęć stereoskopowych, które nieraz np. grube plamy rozkładają na szereg małych cieni. Niebardzo nadaje się prześwietlanie promieniami R. do badania szczytów płuc. Raz miał W. sposobność spostrzegać przez 5 miesięcy powoli zamykającą się jamę w płucu aż do zupełnego zniknięcia. Brauer (Magdeburg) potwierdza zalety badania stereoskopowego.

(C. d. n).

Nadzwyczajne zebranie Słowiańskiego Komitetu lekarskiego

w Wiedniu dnia 5. września 1909 r.

(Streszczenie według »Casopisu lek. ceskych«).

Na zebraniu Słowiańskiego Komitetu lekarskiego dnia 8. czerwca 1908 w Pradze uchwalono, aby następne zebranie odbyło się w Peszcie podczas XVI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego.

Wskutek usunięcia się od Zjazdu pięciu narodowości słowiańskich (Słowieńców, Serbów, Kroatów, Rusinów i Słowaków), do których dołączyli się w ostatniej chwili także i Czesi, zebranie słowiańskiego komitetu lekarskiego nie mogło się odbyć w czasie Zjazdu w Peszcie, ale na propozycyę r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza zostało zwołane w Wiedniu bezpośrednio po Zjeździe peszteńskim, jako zebranie nadzwyczajne, na dzień 5. IX. w lokalu Słowiańskiej Besedy. Na zebranie przybyli: r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz (Kraków), r. dw. Prof. Dr Hlava (Praga), Prof. Dr Ant. Vesely (Praga), Prof. Dr H. Pesina (Praga), Prof. Dr Halban (Lwów), Dr Cackovic (Zagrzeb), Dr Subbotic (Belgrad), Dr Slajmer (Lublana), Dr Semerad (Vinohrady), Prof. Dr Vesely (Luhacovice), Dr Blaho, Dr Jetel, Dr Rehak, Dr Bohdan Wicherkiewicz. Usprawiedliwił swoją nieobecność Prof. Dr Ott (Petersburg). W zastępstwie nieobecnego prezesa Prof. Dra Otta zagaił posiedzenie Prof. Dr Wicherkiewicz i zdał pokrótce sprawę ze znanych zajść przed i podczas Zjazdu międzynarodowego w Peszcie.

Po bardzo ożywionej dyskusyi przyjęto wnioski Dra Semerada: 1) Zebranie dzisiejsze wyszle protest do komitetu organizacyjnego Zjazdu w Peszcie. 2) Komitet lekarski słowiański roześle wezwanie do wszystkich swoich komitetów narodowościowych, aby każda narodowość słowiańska z osobna energicznie broniła swoich praw, oraz będzie miał na pieczy, aby przy tej obronie żadnej narodowości nie brakowało i aby żadna się nie spóźniła. 3) Prezes r. dw. Prof. Wicherkiewicz i sekretarz Prof. Pesina będą osobiście interweniować w Hadze, gdzie jest siedziba stałego organizacyjnego komitetu dla międzynarodowych Zjazdów naukowych, i tam w imieniu Słow. Kom. lek. sytuacyę objaśnią i bronić będą praw wszystkich narodów słowiańskich (bez względu na to, czy te narody mają własne rządy, czy nie) w sprawie udziału w organizacyi i reprezentacyi na międzynarodowych Zjazdach naukowych.

Do Pesztu wysłano natychmiast telegraficzny protest (po francusku).

Następnie przystąpiono do porządku dziennego, który miał być omówiony w Peszcie.

I. Sprawozdanie generalnego sekretarza z działalności Słow. Kom. lek.

Prof. Dr M. Pesina (gen. sekretarz) przedstawia, w jaki sposób przed 10 laty w czasie XIII. Zjazdu międzynarodowego powstał Komitet lekarski słowiański i jak w r. 1908 w Pradze podczas obrad słowiańskich w imieniu lekarzy słowiańskich występował r. dw. Prof. Hlava i Dr Semerad. Dr Semerad został wtedy wybrany stałym sekretarzem subkomitetu dla spraw naukowych, prezesem zaś tego subkomitetu został obrany Prof. Bechtierew w Petersburgu. Wtedy też wybrany został osobny Wydział inicyatywy, do którego weszli: Bechtierew (Peterburg), Kanamnoli (Belgrad), Zdziechowski (Kraków), Hlava (Praga).

W imieniu komitetu czeskiego r. dw. Prof. Hlava podał wtedy następujące propozycye: 1) Towarzystwo lekarzy słowiańskich, Towarzystwo dziennikarzy słowiańskich i Towarzystwo przyrodników, które się zawiążą, zostaną zaliczone do szeregu słowiańskich stowarzyszeń oświatowych. 2) Delegacye poszczególnych słowiańskich narodowości mają wspierać energicznie narodowe oddziały Towarzystwa słowiańskich lekarzy i przyrodników. 3) Delegacye słowiańskie powinny współdziałać w urządzaniu Zjazdów lekarzy i przyrodników słowiańskich. 4) (Wniosek r. dw. Prof. Wicherkiewicza z r. 1900). Delegacye słowiańskie powinny współdziałać w założeniu »Revue médicale slave«, która ma obejmować referaty i bibliografię wszystkich prac słowiańskich w jakimkolwiek języku światowym. W komisyi postanowiono pracować nad łącznością prac naukowych słowiańskich i zakładać w Rosyi, Polsce, Czechach i południowej Słowiańszczyźnie osobne miejscowe komitety w celu naukowego zbliżenia się Słowian.

Co do międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Peszcie, to d. 8. czerwca 1908 uchwalono w Pradze, wziąć jak najliczniejszy udział w pracach zjazdowych, zwołać do Pesztu zebranie wszystkich lekarzy słowiańskich i uprosić organizacyjny komitet międzynarodowy, aby objął protektorat nad tem zebraniem. Gener. sekretarz Zjazdu peszteńskiego, Prof. Dr Emil Gross, oznajmił Prof. Pesinie, że komitet organiz. Zjazdu protektoratu nie przyjął i również nad innemi zebraniami protektoratu nie przyjmie, natomiast udzieli sali na zebrania.

W końcu czerwca dowiedział się Prof. Pesina, że Kroaci podobno mają zamiar nie brać udziału w Zjeździe peszteńskim. Na listowne zapytanie odpisali Prof. Pesinie Dr Cackowic i Subbotic, że w tej sprawie dotychczas nic jeszcze nie postanowiono. Wobec tego Wydział Komitetu słow. wszystkie prace przygotowawcze wykończył i po zebraniu 7. lipca 1909 większa część członków rozjechała się na wakacye.

9. sierpnia 1909 odbyło się zebranie Wydziału Tow. lekarzy czeskich, na którem lekarze pogranicza czesko-morawskiego prosili, aby na Zjazd peszteński ze względu na prześladowania Słowian na Węgrzech nie jechać. Wydział Tow. lekarzy czeskich sam w sprawie tej nic postanowić nie mógł, więc przesłał list do Komitetu lekarskiego słowiańskiego i drugi list na ręce prezesa czeskiego komitetu, Prof. Hlavy. Tymczasem Rumuni odmówili udziału w Zjeździe peszteńskim, a gazety południowo-słowiańskie oznajmiły, że Serbowie, Kroaci i Słoweńcy również na Zjazd nie jadą. Z polecenia Prof. Hlavy telegrafował i pisał wtedy Prof. Pesina do prezesa Komitetu słow. Prof. Otta, r. dw. Prof. Dra Wicherkiewicza, prymaryusza Subbotica, Dra Russewa (Sofia), Dr Blaho (Luchacowice), Dra Hwozdeckiego (Lwów) z zapytaniem, czy na wypadek abstynencyi w Zjeździe peszteńskim wszyscy Słowianie będą solidarni. Za bezwarunkową abstynencyą oświadczyli się: Słowacy, Serbowie, Rusini, Kroaci, Słoweńcy; przeciwko abstynencyi Rosyanie i Polacy, Bułgarowie zaś oznajmili, że jeżeli wszyscy Słowianie od udziału w Zjeździe się usuną, oni uczynią to samo. Czesi po porozumieniu się z Radą narodową, jako najwyższą swoją instancyą polityczną, postanowili nie brać udziału w Zjeździe i zawiadomili o tem wszystkie komitety słowiańskie i prezesa Zjazdu w Peszcie.

II. Dr Semerad podaje **projekt statutu** (po czesku i po polsku) centralnego lekarskiego komitetu słowiańskiego. Po poprawkach przyjęto projekt w formie następującej[1]:

§ 1. Centralny Komitet lekarski słowiański został wybrany w r. 1900 w Paryżu przez zebranie lekarzy słowiańskich, w którem reprezentowane były wszystkie słowiańskie narody. Od tej pory uzupełnia się Komitet przez kooptacyę.

§ 2. Członkowie C. K. S. L. postarają się o utworzenie miejscowych (narodowych) komitetów słowiańskich. W tym celu zaproszą do komitetu miejscowego tych lekarzy, o których wiadomo, że interesują się sprawami słowiańskiemi. Każdy komitet narodowy wysyła do C. K. L. S. delegatów w miejsce ustępujących lub zmarłych jego członków.

§ 3. C. K. L. S. składa się: 1) z prezesa, 2) sekretarza stałego, 8) sekretarza generalnego, 4) z tylu wiceprezesów, ile istnieje komitetów narodowych, 5) z członków (delegatów) po 3 z każdego narodowego komitetu.

§ 4. Każdy komitet narodowy składa się: 1) z prezesa, który jest zarazem wiceprezesem C. K. L S. 2) sekretarza, który jest zarazem skarbnikiem, 3) z dowolnej liczby członków, powołanych przez kooptacyę. Oprócz prezesa i sekretarza może każdy komitet narodowy wybrać sobie innych funkcyonaryuszy, stosownie do swego uznania. Sekretarz z reguły zasiada w C. K. L. S., jako jeden z 3 delegatów.

[1]) Projekt statutu przytaczamy w tej postaci, jaką otrzymał po uchwaleniu podanych na zebraniu Komitetu słow. poprawek; dopiero jednak po wprowadzeniu dalszych poprawek ze strony poszczególnych komitetów narodowych będzie mógł projekt ten przybrać formę ostateczną.

§ 5. Prezes i sekretarz generalny C. K. L. S. zostają wybrani na konstytuującem zebraniu C. K. L. S., a to na czas do następnego zebrania wyborczego, t. j. najmniej na rok jeden. Sekretarz stały C. K. L. S. zostaje wybrany na 5 lat i może po upływie tego czasu być ponownie obrany.

Funkcyonaryusze komitetów narodowych zostają wybrani na czas, który komitet narodowy sam oznaczy.

Komitet narodowy podaje nazwiska swych delegatów do C. K. L. S., jeżeli wśród nich nastąpiła jaka zmiana, generalnemu i stałemu sekretarzowi najmniej na 4 tygodnie przed konstytuującem zebraniem C. K. L. S. (Urząd delegatów jest o ile możliwe stały).

§ 6. Zebrania C. K. L. S. mogą się odbywać: a) w czasie i w miejscu każdego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, b) w czasie i w miejscu każdego Zjazdu lekarzy i przyrodników jakiegokolwiek narodu słowiańskiego, c) w każdym innym czasie i miejscu na zasadzie uchwały C. K. L. S. lub na żądanie większości komitetów narodowych.

Zebranie zwołuje prezes wraz z sekretarzem stałym, albo generalnym, a to albo przez osobne zaproszenia, albo zapomocą urzędowego organu odbywającego się wówczas Zjazdu. Czas, przeznaczony na zebrania C. K. L. S. nie powinien jednak kolidować z czasem, przeznaczonym na sam Zjazd.

Jedno z tych zebrań, zazwyczaj pierwsze, oznacza się jako zebranie konstytuujące, na którem wybiera się prezesa, sekretarza generalnego, ewentualnie sekretarza stałego C. K. L. S., i przyjmuje się delegatów komitetów narodowych. Gdyby który komitet narodowy delegatów swych na czas nie oznaczył, wybiera ich C. K. L. S. sam z prawem urzędowania aż do przyszłego zebrania konstytuującego.

Postanowienia zgromadzenia są ważne bez względu na liczbę obecnych, jeżeli tylko większość istniejących komitetów narodowych przysłała swych delegatów lub ich zastępców. Uchwały zapadają prostą większością głosów. Przy równości głosów rozstrzyga prezes.

C. K. L. S. może na swem zebraniu uchwalić zwołanie ogólnego zebrania (wiecu) lekarzy słowiańskich. Jeżeli takie ogólne zebranie (wiec) zostało zwołane w czasie i miejscu narodowego, albo międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, to mogą brać w nim udział tylko członkowie tego Zjazdu. C K. L. S. zastrzega sobie przedłożenie na takiem ogólnem zebraniu (wiecu) wniosków albo do uchwalenia, albo do odrzucenia bez debaty.

§ 7. Celem C. K. L. S. jest: a) Urządzać Zjazdy słowiańskich lekarzy i przyrodników, b) starać się o to, aby na Zjazdy przyrodniczo-lekarskie poszczególnych narodów słowiańskich przyjeżdżali lekarze i przyrodnicy innych słowiańskich narodowości, c) mieć w ewidencyi sprawę narodowych terminologii lekarskich i baczyć na to, aby terminologie narodowe lekarskie tworzono ze znajomością i uwzględnieniem materyału terminologicznego wszystkich narodowości słowiańskich, d) śledzić peryodyczne publikacye lekarskie poszczególnych narodów słowiańskich i starać się o to, aby dorobek naukowy jednego narodu słowiańskiego dochodził do wiadomości innych narodów słowiańskich, aby prace uczonych słowiańskich, ogłaszane w językach niesłowiańskich, były wyraźnie oznaczone, jako dokonane przez Słowian, i aby wychodził drukiem »Przegląd« (Revue) wszystkich słowiańskich prac naukowych, e) mieć w ewidencyi wszystkie ważne naukowe, społeczne i osobiste zdarzenia we wszystkich narodach słowiańskich i wydawać postanowienia, zmierzające do podniesienia wiedzy wśród narodów słowiańskich i do pogłębienia między nimi wzajemnych stosunków naukowych, ekonomicznych i osobistych, f) starać się, aby w międzynarodowym naukowym koncercie zajmowały poszczególne narody słowiańskie należne im miejsce.

Środki, którymi C. K. L. S. do celów tych zmierza, są następujące: a) zebrania własne i zebrania komitetów narodowych, b) nawiązywanie stosunków z miejscowemi towarzystwami, akademiami, instytucyami i redakcyami wydawnictw peryodycznych poszczególnych narodów słowiańskich.

§ 8. Komitety narodowe działają wśród swojej narodowości w myśl tych statutów i przeprowadzają uchwały C. K. L. S. i Walnych Zebrań (wieców).

§ 9. Przewodniczący C. K. L. S. zwołuje zebrania tego komitetu i zastępuje go na zewnątrz.

Wiceprezesowie zwołują zebrania komitetów narodowych i zastępują kolejno prezesa.

Sekretarz stały prowadzi ewidencyę prac i czynności od samego początku i czuwa nad ich ciągłością. Prowadzi on w ewidencyi wszystkie wydarzenia, ważne dla lekarzy słowiańskich, zwraca na nie uwagę prezesa i przygotowuje wnioski dla miejscowych (narodowych) komitetów słowiańskich i dla głównych zebrań, nawiązuje rokowania z przygotowawczemi komitetami międzynarodowych Zjazdów lekarskich w sprawie zebrań C. K. L. S. w czasie takich Zjazdów, starając się o objęcie zebrań C. K. L. S. w miarę możności programem Zjazdu i o dogodny dla nich lokal. — Sekretarz stały jest obowiązany prowadzić i uzupełniać spisy: a) 1. słuchaczy medycyny na uniwersytetach słowiańskich, 2. na uniwersytetach obcych, b) 1. wykładających na uniwersytetach słowiańskich, 2. profesorów Słowian na obcych uniwersytetach, c) 1. akademii, towarzystw i instytucyi naukowych słowiańskich, 2. wszystkich stowarzyszeń zawodowych i organizacyi lekarzy słowiańskich, d) stypendyów na studya i badania naukowe, e) 1. zdrojowisk słowiańskich, 2. lekarzy Słowian, praktykujących w obcych zdrojowiskach, f) czasopism lekarskich i lekarskich wydawnictw peryodycznych. Wszystkie te dane zbierze sekretarz od komitetów narodowych, które powinny je same zestawić, o ile ich narodu dotyczą, i mieć je w ewidencyi.

Sekretarz generalny prowadzi spis członków komitetów, protokół, korespondencyę, przygotowuje wraz z prezesem program zebrań, przeprowadza ich uchwały, wypracowuje sprawozdanie doroczne i podpisuje wraz z prezesem i sekretarzem stałym wszystkie pisma wychodzące z C. K. L. S. Sekretarz stały jest zarazem skarbnikiem C. K. L. S.

§ 10. Komitety miejscowe (narodowe) starają się pozostawać w stałych stosunkach z najważniejszemi instytucyami naukowemi swojego narodu i pozyskać wybitnych członków tych instytucyi do swego grona, aby mogły za pośrednictwem osób tych wywierać na te instytucye swój wpływ.

§ 11. Każdy komitet narodowy zbiera się przynajmniej raz na kwartał; z zebrań tych spisuje się protokół; o ważnych wypadkach zawiadamia komitet narodowy prezesa i sekretarza stałego C. K. L. S. Jeżeli ma się gdzie odbyć Zjazd lekarski, komitet narodowy podejmie natychmiast starania, aby stosownie do § 7. b. wzięli w Zjeździe udział lekarze jego własnego narodu. Komitet narodowy donosi stałemu sekretarzowi C. K. L. S. o powstających nowych czasopismach i stowarzyszeniach naukowo-lekarskich wśród rodaków. Komitety narodowe powinny wspierać wszystkie starania i prace C. K. L. S. i stałego sekretarza.

§ 12. Rozwiązanie C. K. L. S. może nastąpić tylko na podstawie uchwały, powziętej większością $^3/_4$ głosów obecnych na walnem zebraniu C. K. L. S.

§ 13. Język obrad. Każdy może używać języka ojczystego; jeżeliby kto przemawiającego dobrze nie rozumiał, prezydyum postara się na jego życzenie o przetłómaczenie.

§ 14. Na pokrycie wydatków C. K. L. S. przysyłają komitety narodowe kwotę...... Sekretarz stały czuwa nad sprawiedliwym podziałem wkładek.

III. **Wybory nowego Komitetu centralnego** miały się odbyć podług nowego statutu. Ponieważ jednak komitety narodowe nie mogły się jeszcze ukonstytuować, postanowiono wybrać tylko niektórych funkcyonaryuszy i zatwierdzić wybór delegatów czeskich, a z reszty narodowości powołać tylko po jednym delegacie i tych delegatów wezwać, aby postarali się o ukonstytuowanie komitetów narodowych i o wybór dalszych delegatów do komitetu centralnego.

Prezesem centralnego Komitetu słowiańsk. lekarskiego został wybrany r. dw. Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz, I. wiceprezesem r. dw. Prof. Dr J. Hlava, sekretarzem stałym Prof. Dr M. Pesina. Na członków Wydziału: prymaryusz Dr Cackovic, prym. Dr Slojmer, Dr Russew, Prof. Dr D. O. Ott, Prof. Dr A. Vesely i prym. Dr J. Semerad. Wybrani do C. K. L. S. przedstawiciele poszczególnych narodów mają się postarać o ukonstytuowanie komitetów narodowych. Komitet polski ma delegować jednego członka jako generalnego sekretarza C. K. L. S., a to z grona kolegów krakowskich. W końcu wyrażono życzenie, by do C. K. L. S. pozyskać Prof. Bechtierewa.

IV. Prof. Dr Pesina wnosi, aby **przyrodnicy słowiańscy** zorganizowali się podobnie, jak lekarze, lub też przyłączyli się do istniejącej już organizacyi lekarzy. — Sprawę tę przekazano do rozpatrzenia komitetom narodowym, które mają potem przedstawić Komitetowi centralnemu swoje w tym względzie wnioski.

V. **Sprawa językowa** (referent Prof. Vesely) **na Zjazdach rosyjskich** została bez zmiany, jak przy IV. Zjeździe czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze.

Postanowiono, aby za pośrednictwem sekretarza stałego postarać się o skompletowanie się komitetu rosyjskiego i wezwać komitet ten do wyjaśnienia sprawy dopuszczenia wszystkich języków słowiańskich na Zjazdach rosyjskich.

VI. **Sprawa ogólno-słowiańskiego Zjazdu przyrodników i lekarzy** (referent Prof. Dr M. Pesina). Uchwalono: Prezydyum C. K. L. S. ma pertraktować z Wydziałem konferencyi słowiańskich, który ma w maju 1910 odbyć zebranie w Sofii, aby wspólnie z lekarzami zorganizował komitet przygotowawczy dla Zjazdu lekarzy, albo przyrodników, który mógłby się odbyć podczas słowiańskiej wystawy w Moskwie. Komitet centralny lek. słow. może odbyć posiedzenie podczas zebrania Wydziału słow. konferencyi w Sofii. Należy też wezwać lekarzy bułgarskich, aby w tymże czasie w Sofii urządzili Zjazd lekarzy i przyrodników bułgarskich.

VII. Dr Vesely z Luhacovic podaje **projekt statutu Związku zdrojowisk słowiańskich.** Postanowiono odesłać projekt do organizacyi lekarzy kąpielowych poszczególnych narodów, prosząc o opinie.

VIII. Doc. Dr Panyrek przesłał referat o **problemacie narodowym na międzynarodowych Zjazdach prasy lekarskiej.** Postanowiono sprawę tę odłożyć do przyszłego Zebrania C. K. L. S., a obecnie tylko polecić komitetom narodowym, aby każdy wybrał osobny komitet dla spraw prasy lekarskiej.

IX. Sprawa **miejsca przyszłego zebrania** C. K. L. S. Postanowiono zwołać zebranie na maj 1910 do Sofii.

X. Prof. Pesina wniósł o zwołanie Zebrania oświatowego Związku słowiańskiego C. K. L. S. celem narady, jak przyspieszyć postęp prac.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wiec, zwołany przez Izbę lekarską zachodnio-galicyjską, odbędzie się w Krakowie dnia 30. kwietnia 1910 o godz. 5 w Domu lekarskim. Przedmiotem obrad będzie rządowy projekt ubezpieczenia społecznego. W oznajmieniu o Wiecu ogłasza Izba: »Sprawa ta jest dla całego stanu lekarskiego tak ważna, że Izba lek. zach.-gal. uznała za konieczne odwołać się do ogółu lekarzy do niej przynależnych, po raz pierwszy wprowadzając w życie przewidziane regulaminem Izb ogólne Walne zgromadzenie (Wiec) lekarzy. Zapraszając wszystkich kolegów na to Zgromadzenie, oczekuje Izba jak najliczniejszego udziału i spodziewa się, że także koledzy z poza Krakowa będą na tym Wiecu mieć licznych przedstawicieli«. — Jak się dowiadujemy, za przykładem Izby krakowskiej poszła już także Izba salcburska. Z.

Ważny wyrok Sądu powiatowego karnego. Wiadomo, że miejski Urząd zdrowia w Krakowie wydał i wprowadził w życie, na wzór miast zagranicznych i zgodnie z opinią sekcyi higienicznej i Towarzystwa lekarskiego, cały szereg przepisów, mających na celu skuteczne zwalczanie chorób zakaźnych w mieście. Wychodząc z zasady, że poszanowanie przepisów higieny i wypełnianie ich da się prędzej osiągnąć na drodze pouczeń, niż zapomocą gróźb i kar, miejski Urząd zdrowia nie szczędził zachodu i czasu, aby potrzebę wypełniania tych przepisów ludności wytłómaczyć. Na pochwałę mieszkańców Krakowa należy zaznaczyć, że prawie bez wyjątku, mniej lub więcej dokładnie zastosowywano się do tych przepisów.

Niedawno jednak zdarzył się przypadek płonicy u dziecka w domu inteligentnym, a ojciec rodziny w żaden sposób nie chciał zastosować się do zarządzeń, wydanych przez fizykat miejski. Przed przepisanym terminem samowolnie przeprowadził, bez kontroli miejskiego Urzędu zdrowia, odkażenie mieszkania, zdarł kartkę z napisem ostrzegającym o istnieniu w tem mieszkaniu choroby zakaźnej i pomimo kilkakrotnych upomnień, pouczeń, tłomaczeń, wpływu osób trzecich, w żaden sposób do zarządzeń fizykatu miejskiego zastosować się nie chciał.

Fizykat miejski zmuszony był, wobec niewytłómaczonego i nieuzasadnionego uporu, zrobić doniesienie do Prokuratoryi państwa, opisując cały fakt i kwalifikując go jako przekroczenie z §§ 315 i 731 ustawy karnej. Przed świętami odbyła się w krakowskim Sądzie powiatowym karnym rozprawa; wydano wyrok, skazujący winnego na 48 godzin aresztu bez prawa zamiany na grzywnę.

Podnieść należy wysoce społeczne i obywatelskie stanowisko Prokuratoryi państwa i Sądu, który wziął w obronę zdrowie i życie obywateli miasta przed samowolą jednostki. Jesteśmy za najdalej idącą swobodą osobistą, ale tej swobodzie należy zakreślić stanowczo pewne granice tam, gdzie wskutek nierozważnego nadużycia swobody ucierpieć może ogół. T.

Izba lekarska wiedeńska ukarała grzywną 400 koron lekarza Dra Jetela za uchybienie godności stanu lekarskiego. Dr J. ogłaszał bowiem w dziennikach politycznych, w formie rozpraw niby naukowych, że leczy rwę kulszową skutecznie bez narkotyków. W innych znów dziennikach ukazywały się pochlebne oceny tych prac (również pióra Dra J.). Dalej okazało się, że mimo zapewnień, Dr J. używa właśnie narkotyków w leczeniu. Chorym narzucał się Dr J. obcesowo, a nawet, jeżeli go przyjąć nie chcieli, zostawiał u odźwiernego recepty. Nadto leczenie powierzył także 2 paniom, które w imieniu jego rozszerzały partactwo. X.

Wynagrodzenia za orzeczenia dla sądu o chorych szpitalnych dostawać będą na Węgrzech lekarze szpitalni z funduszu, uzyskanego z grzywien sądowych. X.

Do zwalczania partaczy-masażystów, coraz więcej panoszących się, nawołuje w Nrze 6. »Medycyny« kol. Biesiekierski, podając do tej walki sposoby w postaci pouczania chorych o ważności miesienia, dobrego kształcenia masażystów i t. p. Według naszego zdania najważniejszem w tej sprawie byłoby kształcenie młodych adeptów sztuki lekarskiej w miesieniu, przez co zwalczać się będzie najenergiczniej partactwo masażystów, albowiem lekarze częściej będą miesienia wykonywali sami, a tam, gdzie polecą masażystę, będą go kontrolować, co obecnie w wielu przypadkach niestety się nie dzieje, bo... są lekarze, którzy o miesieniu nie mają dostatecznych wiadomości. X.

Nowe rozporządzenia o wizytacyi aptek w Austryi nie zdają się oznaczać postępu. O ile dawniej po miastach uniwersyteckich wizytacyi dokonywały komisye, w których skład wchodzili profesorowie farmakologii i chemii lekarskiej, to obecnie badań tych dokonywać mają lekarze rządowi i to w obrębie apteki i odczynnikami aptekarza, których jakość może być nieodpowiednia, a badającemu jest nieznana. X.

Częstości fałszowania środków spożywczych dowodzi statystyka budapeszteńskiego zakładu za rok 1908. W 24·27% badanych prób wykazano zafałszowanie. Zwłaszcza bardzo często fałszowano mleko (34·6%) i masło (39%). Mleko najczęściej fałszują przez dodatek wody. Z innych produktów zafałszowaniu częstemu ulegają korzenie, marmolady, tłuszcze, napoje wyskokowe. X.

Wód mineralnych sprowadzono do Niemiec w roku 1908 9945 tonn wartości 4.416.000 marek. Z tego z samej Austryi importowano 8874 tonn wartości 3.372.000 marek. Natomiast wywieziono najwięcej rodzimych wód mineralnych z Niemiec do Holandyi, Belgii i Anglii. X.

Higiena w galicyjskich szkołach rządowych. Pod tym tytułem przytacza Dr M. Janik w »Kuryerze lw.« (Nr 155) wyniki badania powietrza w II szkole realnej we Lwowie, dokonanych przez Prof. Motylewskiego w lutym b. r. Na ucznia przypadało tylko 3·5 m^3 powietrza, ilość CO_2 wynosiła w poszczególnych klasach od 0·238%—0·384%, nigdzie zaś nie spadała do dopuszczalnego jeszcze minimum (0·15%). R.

Książeczki zdrowia dla dzieci szkolnych wprowadzono w Medyolanie. Każde dziecko, wstępujące po raz pierwszy do szkoły, dostaje książeczkę, w której lekarz szkolny po zbadaniu umieszcza zapiski co do stanu zdrowia, wzroku, uzębienia, wzrostu, słuchu, obwodu piersi i t. p. Książeczkę tę dziecko ma przez cały czas nauki i lekarze ew. nauczyciele wciągają do niej ważniejsze daty, późniejsze choroby i t. p. Z książeczek tych zbierze się z czasem interesujący materyał statystyczny. X.

Seminaryum położnicze zaprowadził w swej klinice od szeregu lat Prof. Leopold w Dreznie. Zdaniem jego uczy ono położniczego myślenia znacznie lepiej, niż wszelkie inne sposoby nauczania, np. referowanie o porodach przez dyżurnych i t. p. Leopold zadaje swym uczniom pytania np. z ciężkiego jakiegoś przypadku, na co mają oni w 20—30 minut pisemnie odpowiedzieć, poczem Leopold poprawia wypracowania i sam omawia przypadek, zwracając uwagę na popełnione błędy. X.

Lekarze i chorzy kasowi. »Pesti futár« w Nrze 85. z 27. XII. 1909 pisze, co następuje: »Dzielni i pilni lekarze robo-

tniczych kas chorych żyją w wielkich opałach. W ostatnim czasie zdarzyło się już po raz drugi, że rozżalony, brutalny robotnik rzucił się na lekarza kasowego w zamiarze zamordowania go, gdyż z oceny i przyznanego mu zasiłku pieniężnego nie był zadowolony. W Steinbruch strzelił przed 4 tygodniami na pół oślepły robotnik z rewolweru kilkakrotnie do lekarza kasowego Dra Székely, gdyż mu się wydawał za małym przyznany mu zasiłek pieniężny. Biednego lekarza wyniesiono z pokoju ordynacyjnego. Kula trafiła go w żołądek. Na szczęście stan chorego się poprawił i wyzdrowienie jego jest pewne. Drugi przypadek zdarzył się w Nowym Peszcie w pokojach ordynacyjnych Kasy chorych. Na Dra Fehóra, kierownika oddziału ocznego, napadł robotnik z wapiennika, Zacharias. Człowiek ten stracił przy pracy oko, nie można go jednak było uznać za niezdolnego do pracy, bo na drugie oko widzi zupełnie dobrze. Sumienny lekarz zatem orzekł, że chory nie jest zupełnie niezdolnym do pracy, lecz ocenił upośledzenie niezdolności do pracy w odsetkach w stosunku do doznanej utraty oka. Robotnik był niezadowolony z tego orzeczenia lekarskiego, zaczął kląć, rzucać się, i wreszcie wyciągnął długi nóż kuchenny i zamierzył się nim na lekarza. W pokoju ordynacyjnym były wtedy obok napastnika trzy osoby: lekarz, jego asystent i dozorczyni chorych. Lekarz schronił się na ganek, a stąd do chirurgicznego pokoju ordynacyjnego, asystent wyskoczył oknem na podwórze, a dozorczyni osłupiała ze strachu, niezdolna była ruszyć się z miejsca. Szalejący robotnik rzucił się za lekarzem; na szczęście nadbiegło sześciu mężczyzn, ubezwładniło i rozbroiło go. — Podobny napad morderczy zdarzył się drugi raz. — Położenie staje się coraz groźniejsze; dotychczas zdarzało się, że lekarzy obrażano, lub im grożono, ostatnimi czasy wydarzają się już częste napady na lekarzy, dla ich życia niebezpieczne. Lekarze kasowi ordynują w Steinbruch, Nowym Peszcie i okolicznych osadach w godzinach wieczornych od 6—8. Badają tam często 300—400 rozżalonych, wygłodniałych, biednych robotników i narażeni są przy swej pracy na awantury, a nawet na niebezpieczeństwo dla życia. W tak niebezpiecznem położeniu zwrócili się lekarze Kasy z nagłą prośbą do ministra handlu, by sprawie zaradził«. Następuje tekst prośby. S.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lutego 1910 .	508,397	419,694
W marcu 1910	1,775	5,000
Razem .	510,172	424,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 27. III. do 2. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Gródek jagiell. (Koców ad Bar 1, Strader 2), Husiatyn (Kopyczyńce 1), Horodenka (Czortowiec 1), Jaworów (Młyny 1), Lisko (Czarna 3, Horzowczyk 5), Nowy Sącz (Tylicz 2), Podhajce (Wiśniowczyk 3), Zborów (Kudobińce 3). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. III. do 2. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 2, płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 1, duru brzusznego 1 † 3.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo niskiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 6. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Spira wypowiedział wykład p. t.: »Choroby uszne a porażenia twarzy«.

— Komitet Towarzystw polskich« dla międzynarodowego Zjazdu w sprawie higieny szkolnej przedłużył termin nadsyłania odpowiedzi na kwestyonaryusz co do szkolnictwa w Polsce do d. 15. kwietnia b. r. Odpowiedzi i wszelkie materyały przesyłać należy pod adresem: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów, ul. Trzeciego Maja 2.

— Miejski Urząd zdrowia zwraca uwagę lekarzy, praktykujących w Krakowie i okolicy, że wobec przyłączenia do Krakowa gmin: Łobzów, Nowa Wieś, Krowodrza, część Prądnika czerwonego, białego i Olszy, Dębniki, Zakrzówek, Czarna Wieś z Kawiorami, Półwsie zwierzynieckie, Zwierzyniec, Grzegórzki i Piaski, należy o przypadkach chorób zakaźnych w tych gminach donosić wprost do miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie.

— VI. Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa balneologicznego zwołane zostało na d. 8. b. m.

Warszawa. W tłomaczeniu Dra Wł. Chodeckiego według VI. wydania niemieckiego (1907) wyszło z druku dzieło Flüggego: »Zarys higieny«. Dochód z rozprzedaży ofiarował tłómacz Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu na inne wydawnictwa higieniczne. Cena 5 rb., dla członków warsz. Towarzystwa higienicznego i dla słuchaczy medycyny 2 rb. 50 kop.

— Wyszedł z druku I. Zeszyt »Medycyny współczesnej«, dwutygodnika, poświęconego przeglądowi najnowszych zdobyczy na polu wszech nauk lekarskich. Jak wynika ze słowa wstępnego, będzie »Medycyna współczesna« polskiem wydaniem rozpraw, pomieszczanych w wydawnictwie »Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung« monachijskiej księgarni Lehmanna. Treści I Zeszytu »Medycyny współczesnej« nie przytaczamy, gdyż zdaliśmy już z niej sprawę według wydania niemieckiego. Redaktorem i wydawcą »Medycyny współczesnej« jest Dr A. Fruchtmann.

— Z powodu odwołania się Dr Danczakowej od decyzyi ministra oświaty, orzekł senat rządzący w Petersburgu, że kobiety nie mogą w Rosyi wykładać na uniwersytetach. (Gaz. lek. Nr 14).

Z różnych stron. Na Zjazd przyrodników i lekarzy słowiańskich w Sofii delegowało »Towarzystwo naukowe jedności słowiańskiej«, utworzone w Petersburgu 14./28. III. b. r., Prof. Bechtierewa.

— Wydział techniczny Polskiego Związku przyrodników i lekarzy w Petersburgu odbył 24. III. (6. IV.) b. r. posiedzenie, na którem odbyły się 3 wykłady, m. i. p. M. Peretiatkowicza: »W kwestyi planowania miast«.

— Odesski oddział ces. ros. Towarzystwa technicznego prosi nas o pomieszczenie wiadomości, że od 15. (28.) V. do 1. (14.) X. 1910 odbędzie się w Odessie wystawa przemysłowo-rolnicza, obejmująca m. i. dział higieny mieszkań i wychowania fizycznego. Termin zgłaszania się wystawców oznaczono do 1. (15.) maja b. r. W czasie wystawy odbędzie się szereg zjazdów naukowych w sprawach, objętych programem wystawy.

— II. międzynarodowy Zjazd w sprawie chorób zawodowych odbędzie się w Brukseli 10—14. IX. b. r. Wyjaśnień udziela sekretarz generalny Dr Gilbert w Brukseli (rue Lambermont 2).

— Międzynarodowa wystawa higieniczna odbędzie się w r. 1911 w Dreznie. We wszystkich państwach tworzą się z tego powodu komitety miejscowe.

— Ciekawe »Wspomnienia starego lekarza« umieścił w ostatnich numerach Brit. med. Jour., Atthill, dawny kierownik »Rotunda Hospital« w Dublinie. Karyerę swą zaczął Atthill przed 56 laty, a wtedy jeszcze nie znano znieczulania. W salach operacyjnych rozlegały się jęki i przekleństwa operowanych, których przy operacyi nieraz trzymano przemocą. Z tego też powodu operowano szybko, przecinano duże naczynia, nerwy i t. p. O czystości przy operacyach nie było mowy, a z nauki Listera zrazu wyśmiewano się. Jeden z operatorów wkładał zawsze do operacyi stary surdut, przesiąknięty ropą i krwią. W r. 1868 wykonał Atthill swe dwie pierwsze owaryotomie. Obie chore zmarły, co było zresztą na porządku dziennym. Do badania rodzących nie myto sobie nigdy rąk, a jednak zakażenia były bardzo rzadkie. Odkażanie rąk wprowadził A. dopiero w r. 1875. Kleszczy nie zakładano wtedy wcześniej, aż można było wymacać ucho płodu, a najczęściej wymóżdżano płód zmarły. Ginekologia była wtedy dopiero w samych początkach; znano jedynie »nadżerki« części pochwowej, wypalano je lapisem. K.

Mianowani: Prof. Grouven dyrektorem polikliniki dermatol. w Halle, Doc. Goebel dyrektorem polikliniki chir. w Kiel., Doc. Quensel dyrektorem polikliniki neurol. w Lipsku, Prof. Dalén z Lund profesorem okulistyki w Stokholmie.

Zmarli: Dr Julian Staniszewski, były asystent przy katedrze anatomii opisowej U. J., następnie wieloletni lekarz zakładu w Iwoniczu, w końcu lekarz rządowej fabryki tytoniu i kasy kupieckiej w Krakowie, w 44 r. ż.; Dr Teofil Tyszecki, były naczelnik »Sokoła« w Krakowie, zasłużony działacz w sprawie wychowania fizycznego, profesor c. k. wyższej szkoły realnej, w 44 r. ż. w Krakowie.

Redakcya otrzymała: Czerny: Lekarz jako wychowawca dziecka, z II wydania niem. tłómaczył Dr A. Mamrot. Warszawa. 1910. Wende i Sp. — Trzebiński: Weiteres über endoneurale Wucherungen. »Virchows Archiv.« 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.